



**Medicinas Complementares e Alternativas:
Discursos e Percursos no Contexto dos Profissionais de Saúde**

Maria José Ribeiro Resende Afonso Silva

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Luís Santos e da co-orientação do Professor Doutor Adriano Zilhão.

Senhora da Hora, 31 de julho de 2015

Agradecimentos

Este mestrado só foi possível devido à contribuição de várias pessoas, que de forma generosa, em vários momentos me ajudaram neste percurso.

Assim, começo por agradecer à minha filha. Sem o teu amor, tolerância, incentivo e colaboração não teria conseguido. És o meu elemento.

Ao meu marido, pela sua infinita paciência e apoio incondicional. És vital para a concretização dos meus sonhos.

Aos meus avós, que cuidaram de mim e a quem devo tudo o que sou.

Aos informadores privilegiados, pela disponibilidade e contributo.

Ao Professor Doutor Adriano Zilhão, por ter acedido ao meu pedido de co-orientação, pela sua disponibilidade e prontidão de resposta, pelo incentivo e pelos ensinamentos que me transmitiu ao longo destes dois anos.

Um agradecimento muito especial para o Professor Doutor Luís Santos que aceitou ser meu orientador numa fase crítica da minha tese. Serei sempre grata pelo seu acolhimento, disponibilidade, confiança e transmissão de saber. Sem o seu apoio esta missão seria quase impossível.

Deus quis, eu sonhei e fiz obra...

A todos...

Obrigada.

Resumo

Nas duas últimas décadas assistimos a um crescimento da popularidade e da procura das Medicinas Complementares e Alternativas (MCA) como uma nova abordagem de saúde, alicerçada num posicionamento mais holístico, natural e defensora de uma intervenção menos invasiva. Este crescimento tem sido acompanhado por uma diversidade da oferta formativa, promovida e dinamizada por reconhecidas instituições de ensino público e privado, bem como do reforço da investigação nesta área.

Face ao exposto, a ideia central do presente trabalho, qualitativo e de carácter exploratório, consiste em aferir, através da entrevista em profundidade, os posicionamentos de 12 profissionais de saúde a trabalhar no âmbito da medicina convencional e/ou da medicina não convencional, relativamente ao contributo das MCA na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas em geral e das pessoas idosas em particular.

Os resultados obtidos foram analisados seguindo os preceitos do modelo interactivo da análise dos dados proposto por Miles e Huberman (1984, cit in Léssard- Hébert, Goyette & Boutin, 1990) e sugerem posicionamentos favoráveis quanto à utilização das MCA. Tais posicionamentos foram justificados à luz do reconhecimento de vantagens das MCA, tais como o alívio da dor, sobretudo crónica, a diminuição de fármacos no tratamento da doença e a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos seus utilizadores. Os resultados sublinham ainda a necessidade de refinar o processo de regulamentação em matéria de formação dos profissionais e destacam a ausência de comparticipação dos tratamentos por parte do Estado como uma desvantagem que inibe a realização de um maior número de tratamentos.

Abstract

In the last two decades we have watched a growth in popularity and demand of the Complementary and Alternative Medicines (CAM) as a new health approach, built on a more holistic, natural level and defending a less invasive intervention. This growth has been followed by a diversity of learning offers, promoted and organized by well-known private and public education institutions, as well as the reinforcement of investigation in this area.

This being said, the main idea of the present work, qualitative and exploratory, consists in assessing, through the in depth interview, the emplacement of twelve health professionals, working in conventional medicine /non-conventional medicine, in face of the CAM contribution to improving health and quality of life in general population and particularly the elders' quality of life.

The obtained results were analysed according to the rules of the interactive model of the analyses of data proposed by Miles and Huberman (1984, cit in Léssard- Hébert, Goyette & Boutin, 1990) and suggest favourable positioning regarding the uses of CAM. Such positioning was justified based on the acknowledgement of the CAM advantages, such as pain relief, especially chronic, reduction of drugs' use in treating diseases and the improvement of the well-being and quality of life of its users. The results underline the need to refine the regulation concerning the professional's education and highlight the lack of treatment funded by the government as a disadvantage that prevents the accomplishment of treatments in a higher scale.

Key Words: Complementary and Alternative Medicines, Quality of Life, Health, Health Professionals, Elderly People.

Résumé

Pendant les deux dernières décennies ont connu une popularité croissante et la demande de médecines complémentaires et alternatives (MCA) comme une nouvelle approche de la santé, fondée sur un positionnement plus holistique, naturelle et défenseur d'une intervention moins invasive. Cette croissance a été accompagnée par une diversité de l'offre, promue et dynamisée par établissements d'enseignement publique et privés reconnues et renforcer la recherche dans ce domaine.

Compte tenu de ce qui précède, l'idée centrale de ce travail, la nature qualitative et exploratoire, est d'évaluer, d'une interview en profondeur, les positions de 12 professionnels de la santé travaillant au sein de la médecine conventionnelle et / ou en médecine non-conventionnelle, relativement la contribution de la MCA à améliorer la santé et la qualité de vie en général et les personnes âgées en particulier.

Les résultats ont été analysés selon les préceptes de la maquette interactive de l'analyse de données proposé par Miles et Huberman (1984, cit Léssard- Hébert, Goyette et Boutin, 1990) et suggèrent des positions favorables sur l'utilisation de MCA. Ces placements sont justifiées à la lumière de la reconnaissance des avantages MCA comme soulagement de la douleur, en particulier la diminution chronique de médicaments dans le traitement de la maladie et améliorer le bien-être et la qualité de vie des usagers. Les résultats soulignent également la nécessité d'affiner le processus de réglementation dans la formation des professionnels et de mettre en évidence l'absence de remboursement des traitements par l'Etat comme un inconvénient qui inhibe la réalisation d'un plus grand nombre de traitements.

Índice Geral

Índice de Siglas	viii
Índice de Tabelas.....	ix
Índice de Anexos.....	x
Introdução	1
Capítulo 1	3
Medicinas Complementares e Alternativas, Qualidade de Vida e Envelhecimento	3
1.1 Breve Resenha Histórica	3
1.2 Definição do Conceito.....	6
1.3 Classificação das MCA	9
1.4 Retrato das MCA em Portugal	14
1.5 Perspetiva biomédica em relação às MCA.....	23
1.6 As MCA e o Envelhecimento.....	26
1.7 Qualidade de Vida e Envelhecimento	29
Capítulo 2	36
Metodologia	36
2.1 Objetivos de Estudo	36
2.2 Instrumento e Procedimentos	36
2.3 Caracterização Socio-demográfica dos Participantes.....	40
Capítulo 3	42
Apresentação e Discussão de Resultados.....	42
3.1 Introdução	42
3.2 Conhecimento em torno das Medicinas Complementares e Alternativas	42
3.2.1 Do (Des) conhecimento ao Posicionamento.....	42

3.2.2 Vantagens e Desvantagens	45
3.2.3 Articulação com as Práticas Convencionais	47
3.2.4 Integração no Serviço Nacional de Saúde	49
3.2.5 Uso das MCA pela População Idosa	51
3.3 Discussão.....	53
Reflexões Finais	56
Bibliografia	58
Bibliografia <i>Web</i>	61

Índice de Siglas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

AEEASG - Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações

ASIMI - Associação Internacional de Medicinas Integradas

CISCPS - Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde

DECO - Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor

EANSP - Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal

ESMTC - Escola de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa

HSJ - Hospital de São João

IMT - Instituto de Medicina Tradicional, Lda.

INE - Instituto Nacional de Estatística

INP- Instituto Português de Naturologia

MA - Medicina Alternativa

MC - Medicina Complementar

MCA - Medicinas Complementares e Alternativas

MI - Medicina Integrativa

MNC - Medicina Não Convencional

MT - Medicina Tradicional

MTC – Medicina Tradicional Chinesa

NCCAM - *National Center for Complementary and Alternative Medicine*

OMP - Ordem dos Médicos Portugueses

ONU - Organização das Nações Unidas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TNC - Terapêuticas Não Convencionais

WHO - *World Health Organization*

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Terapias Não Convencionais Tipificadas na Lei Portuguesa.....	17
Tabela 2 - Caracterização Socio-demográfica dos Participantes	41

Índice Anexos

Anexo 1- Guião de Entrevista	73
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
Anexo 3 - Matriz Concetual Referente à Unidade 2 do Guião de Entrevista.....	78
Anexo 4 - Matriz Concetual Referente à Unidade 3 do Guião de Entrevista.....	80
Anexo 5- Matriz Concetual Referente à Unidade 4 do Guião de Entrevista.....	83
Anexo 6 - Matriz Concetual Referente à Unidade 5 do Guião de Entrevista.....	85
Anexo 7 - Matriz Concetual Referente à Unidade 6 do Guião de Entrevista.....	87
Anexo 8- Lei n.º 56/79 de 15 de setembro: Lei do Serviço Nacional de Saúde.....	89
Anexo 9 - Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto: Lei de Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais	97
Anexo 10 – Proposta de Lei n.º 111/XII/2ª de 22 de novembro: Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais	100
Anexo 11 - Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro: Exercício Profissional das MAC	112
Anexo 12 - Portaria n.º 25/2014 de 3 de fevereiro	117
Anexo 13 - Portaria n.º 181/2014 de 12 de setembro.....	120
Anexo 14 - Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro.....	123
Anexo 15 - Portarias n.º 182-A/2014 e n.º 182-B/2014 de 12 de setembro.....	129
Anexo 16 - Portaria n.º 200/2014 de 3 de outubro	131
Anexo 17 - Portaria n.º 207-A/2014 de 8 de outubro.....	134
Anexo 18 - Portaria n.º 207-B/2014 de 8 de outubro	137
Anexo 19 - Portaria n.º 207-C /2014 de 8 de outubro	141
Anexo 20 - Portaria n.º 207-D /2014 de 8 de outubro.....	144
Anexo 21 - Portaria n.º 207-E /2014 de 8 de outubro	148
Anexo 22 - Portaria n.º 207-F /2014 de 8 de outubro	151
Anexo 23 - Portaria n.º 207-G /2014 de 8 de outubro.....	155
Anexo 24 - Glossário das Medicinas Complementares e Alternativas	159

Introdução

Leite (2010) refere que o avanço técnico-científico permite prolongar a vida do Homem. Este facto traduz-se num desafio para as sociedades modernas que se vêem na responsabilidade de assegurar que a qualidade de vida seja mantida nos anos ganhos.

Com o intuito de atingir este pressuposto, a medicina convencional, crente na objetividade científica, tende a afastar-se de todos os elementos capazes de suscitar subjetividade. Apesar do notável avanço desta medicina, esta não consegue responder a todas as necessidades que o ser humano apresenta enquanto ser biopsicossocial. Se por um lado, a medicina convencional contribui para a irradiação e controlo de várias enfermidades, por outro, parece incapaz de dar resposta aos problemas de saúde na sua totalidade (Melo, Santana, Santos & Alvim, 2013). Esta realidade induz a uma procura de respostas que complementem as opções atualmente oferecidas e motiva os pacientes a procurarem soluções que coloquem o indivíduo no centro do paradigma médico.

As MCA são comumente classificadas como um conjunto de sistemas médicos e cuidados de saúde, práticas e produtos que não são reconhecidos por parte da medicina convencional e não integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Tesser & Barros, 2008). Oferecem uma perspetiva mais natural, menos invasiva e que procura responder às lacunas deixadas pela medicina convencional. Spadacio, Castellanos, Barros, Alegro, Tovey e Broom (2010), aludem que as MCA são percecionadas como parte de uma estratégia pragmática de prevenção e manutenção da saúde, adotadas pela população por se apresentarem como uma escolha mais saudável, por serem adjuvantes na diminuição dos efeitos colaterais dos tratamentos e medicamentos e por se apresentarem como uma estratégia para aumentar o bem-estar e a qualidade de vida. As contribuições efetivas das MCA passam pela reposição do doente como centro do paradigma médico, relação médico/doente como elemento essencial no processo de cura e pela procura de tratamentos simples não invasivos e menos dependentes da tecnologia científica mas com resultados similares senão mais eficazes (Tesser & Barros, 2008).

Segundo a *World Health Organization* (WHO) (2002), as MCA são utilizadas em aproximadamente 60% da população mundial e em alguns países estão incorporadas no sistema público de saúde, como é o caso da República Popular da China. Esta Organização promove e estimula, desde os anos 70 do século XX, a implementação das MCA e publica, desde 2002, documentos e resoluções que orientam os países a reger as suas práticas a partir de quatro eixos centrais: a estruturação política, a garantia da segurança, qualidade e eficácia, a facilidade de acesso e o uso racional.

Em Portugal, assiste-se a uma procura e a um crescimento das MCA como uma nova abordagem de saúde. Este crescimento tem sido acompanhado por uma diversidade da oferta

formativa, promovida e dinamizada por reconhecidas instituições de ensino público e privado, bem como do reforço da investigação nesta área.

O reconhecimento de algumas MCA pela comunidade médica, nomeadamente a acupunctura, abriu caminho para que estas começassem a ser praticadas em alguns Centros de Saúde e Hospitais de norte a sul do país (Mendes, Herdeiro & Pimentel, 2010). Verificando-se sinais de abertura e de complementaridade entre as duas práticas.

A articulação e integração das MCA torna-se uma possibilidade embora dentro da classe médica coexistam vários níveis de posicionamento relativos a esta nova abordagem de saúde. A prudência é a máxima pela qual estes profissionais se regem. Todavia, começa a existir aceitação e interesse destes profissionais em procurar informação e formação em MCA que lhes permita melhorar a sua *performance* clínica e ajudar os seus pacientes a encontrar outras opções de tratamento.

Face a este contexto, a presente dissertação visa a aferir o posicionamento de profissionais de saúde afetos à medicina convencional e à medicina não convencional relativamente ao contributo das MCA na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas em geral e das pessoas idosas em particular; e averiguar a importância da articulação das práticas não convencionais com as convencionais, assim como a sua integração no SNS.

Do ponto de vista estrutural este trabalho encontra-se dividido em três capítulos. O primeiro intitula-se de *Medicinas Complementares e Alternativas, Qualidade de Vida e Envelhecimento* e incide sobre o enquadramento teórico que sustenta o fenómeno em estudo. Nele inicia-se uma viagem pelas MCA no sentido de explicar a sua origem, clarificar o seu conceito, perceber o impacto que estas medicinas têm nas sociedades contemporâneas, aferir o contributo destas terapias na promoção da qualidade de vida da população em geral e das pessoas idosas em particular, auscultar as atitudes dos biomédicos em relação a esta forma de praticar medicina bem como de uma possível cooperação e averiguar a pertinência da incorporação das MCA no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O segundo capítulo, intitula-se *Metodologia*, nele identificam-se os objetivos gerais e específicos, caracteriza-se o instrumento e os procedimentos utilizados na investigação e expõe-se a caracterização socio-demográfica dos participantes. No terceiro capítulo que se intitula, *Apresentação e Discussão de Resultados*, procedemos à apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos. Terminamos com uma breve reflexão que teve por base as ideias centrais obtidas nos resultados apurados que materializam os objetivos inicialmente traçados.

Capítulo 1

Medicinas Complementares e Alternativas, Qualidade de Vida e Envelhecimento

O presente capítulo parte de uma breve resenha história em torno das MCA, e aborda, ainda que de forma não exaustiva, a atitude dos médicos convencionais em relação às práticas não convencionais, os desafios colocados às MCA, a formação dos profissionais, a integração das MCA no SNS e o respetivo panorama em Portugal. O mesmo termina com a qualidade de vida e o envelhecimento.

1.1 Breve Resenha Histórica

Desde os tempos mais remotos que o Homem recorre a produtos naturais para curar os seus males. Nas sociedades mais antigas, ditas primitivas, sempre existiu a figura do curandeiro, feiticeiro ou sacerdote (entre outros nomes pelos quais estes praticantes eram designados dependendo da região e cultura local onde estavam sediados), que procuravam resolver as enfermidades utilizando os recursos que a mãe natureza colocava ao seu dispor ou recorrendo a forças misteriosas (e.g., deuses, espíritos de luz, mortos, animais) que supostamente os ajudavam na arte da cura (Oelze, 1993). De acordo com a mesma fonte a natureza determinava a forma como a vida era vivenciada e influenciava o seu percurso. A doença era motivada pelo desequilíbrio entre vários elementos que influenciavam a vida; recuperar a saúde através dos curandeiros e outros agentes de cura era restabelecer a harmonia. O sujeito era visto como um todo socioespiritual conectado com a natureza (Luz, 2005). Estas práticas fortemente enraizadas na cultura local sobreviveram aos efeitos da modernização e estão na génese das medicinas e terapias atualmente utilizadas por grande número de pessoas um pouco por todo mundo e denominadas como Medicinas Complementares e Alternativas.¹ Durante este processo foram-se desenvolvendo concomitantemente duas filosofias de saúde: a medicina convencional e as medicinas não convencionais (Ribeiro, 2010).

Segundo a WHO (2002), apareceram, ao longo da história, sistemas de saúde tradicionais desenvolvidos por povos asiáticos, africanos, árabes, nativos americanos e de outras culturas onde se incluem a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurveda hindu, a medicina unani árabe e a medicina indígena com abordagens muito próprias perante a doença/saúde e que perduram até à atualidade sobre várias formas. A WHO para descrever a forma como as MCA estavam a ser enquadradas nos sistemas de saúde mundiais definiu três tipos de abordagens:

¹ Em Portugal denominadas de terapêuticas não convencionais (Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto – Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais).

1. **Sistema integrado**, onde as MCA são oficialmente reconhecidas e incorporadas no sistema de saúde público, nomeadamente China, República Popular da Coreia, República da Coreia e Vietname;
2. **Sistema inclusivo**, que reconhece as MCA, porém, não está totalmente integrado nem disponível em todos os níveis dos cuidados de saúde como é exemplo a Índia, Sri Lanka, Indonésia, Japão, Austrália, Emirados Árabes Unidos, Alemanha, Noruega, Guiné Equatorial, Nigéria e Mali;
3. **Sistema tolerante**, cuja prática dominante é a medicina convencional, no entanto, são consentidas algumas práticas das MCA.

Estes povos sofreram influências da história, da filosofia, das crenças e das atitudes pessoais que se traduziram em práticas distintas consoante o país ou a região. Estas práticas adoptam uma aplicação diferente da medicina biomédica. Os novos modelos médicos de saúde e de cura emergem em força a partir da segunda metade do século XX, sobretudo com um movimento designado de contracultura.² Com este movimento despontam diversos grupos que procuram edificar uma sociedade baseada em comunidades com economia, educação, formas de organização social e política, comportamentos e medicinas alternativas (Barros, Otani & Lima, 2010). Proliferam nos Estados Unidos da América e na Europa, entre os anos 60 e 70, e importam modelos e sistemas terapêuticos distintos da racionalidade biomédica como é o caso da medicina tradicional chinesa e da medicina ayurvédica (Luz, 2005). Estes modelos começam paulatinamente a conquistar espaço às medicinas biomédicas tanto a nível privado como nos serviços de saúde públicos (e.g., Brasil) exigindo uma regulamentação das práticas e dos profissionais (idem).

Um marco importante para o campo da saúde e para o crescimento das MCA enquanto sistema de saúde alternativo ocorreu em 1978 com a realização da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde (CISCPS),³ de Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), cuja premissa incidia na “*Saúde para todos no ano 2000*” (p.1). Este evento foi pensado com o intuito de incorporar as práticas de cuidado e de cura da medicina tradicional ou popular nos diferentes sistemas nacionais de saúde.

Dados extraídos do documento publicado pela WHO em 2002 (WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005) referem que as MCA são um sistema de saúde com grande importância económica a nível mundial. Nos países em vias de desenvolvimento a Medicina

² “É uma proposta de mudança da cultura dominante.” (...) “O conceito e a sua designação apareceram no século XX, como resultado de manifestações de jovens que marcaram a sua revolta contra todo o conjunto de instituições políticas e religiosas. Com o mesmo sentido apareceram outras denominações: nova cultura, cultura marginal, *underground*” (Cabral, 2002, pp. 82-83).

³ Primeira declaração internacional que enfatiza a importância dos cuidados primários de saúde e defende que a procura de soluções para promover a saúde deve ser a prioridade da nova ordem económica internacional. Foi adotada e defendida pela WHO desde a sua conceção em 1978. Informação consultada em 28/03/2015, a partir de http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf

Tradicional (MT)⁴ é muito utilizada pela população para suprir as necessidades primárias de saúde sendo que nos Estados Membros Africanos 80% da população utiliza as MT/MCA como primeiro sistema de saúde. O mesmo acontece em vários países asiáticos onde, embora a medicina convencional esteja disponível, a MT/MCA é muito requisitada. No Japão, 60 a 70% dos médicos com formação convencional encaminham os seus pacientes para as medicinas que denominam de “kampo”.⁵ Na China, 40% dos cuidados de saúde são efetuados pelas MT/MCA e tratam cerca de 200 milhões de pacientes por ano. Estima-se que a prevalência do uso das práticas não convencionais em países da América Latina seja de 71% no Chile e 40% na Colômbia. Outros exemplos desta lógica são a Austrália (46%), a França (49%), o Canadá (70%), a Suíça (46%) e o Reino Unido, onde 40% dos médicos convencionais encaminharam pacientes para as MCA. Anualmente cerca de cinco milhões de ingleses procuram este tipo de atendimento.

Desde 2002 que a WHO tem vindo a criar estratégias que estimulem a qualidade, eficácia, segurança e o uso racional das MCA. Juntamente com a colaboração mais de 100 especialistas⁶ e autoridades⁷ nacionais de saúde em todo mundo procura criar diretrizes no sentido de delimitar o campo de atuação, comprovação científica dos efeitos no paciente, legislação relativa à boa prática e acesso equitativo aos recursos de saúde e informação desses recursos. O objetivo é fornecer normas e orientações técnicas que garantam o uso correto e determinem a forma como a investigação e a avaliação deve ser realizada. Esta tarefa torna-se difícil porque as práticas da MCA variam de país para país e de região para região, recebendo, por isso, diferentes influências históricas, culturais, filosóficas e atitudinais. Em muitos casos a sua teoria e aplicação é completamente diferente da medicina convencional.

Nos últimos vinte anos, as MCA foram muito utilizadas na prevenção, diagnóstico e tratamento de diversas doenças. Vários fatores levaram à sua utilização, nomeadamente um elevado e não planeado crescimento demográfico da população mundial que conduziu os indivíduos a situações de carência perante as quais o sistema de saúde vigente não estava preparado; um terço da população mundial e mais de metade da população das zonas mais pobres da Ásia e de África estão privadas ao acesso regular a medicamentos essenciais. Já nos

⁴ A WHO (2001) refere que o conceito de medicina tradicional é utilizado em certos países para se referir à “medicina complementar” e à “medicina alternativa” e vice-versa. Consultado em 20/08/2014, a partir de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>

⁵ Deriva da medicina tradicional chinesa que chegou ao Japão através da Coreia. Desenvolve-se sob a influência de outras tradições asiáticas (e.g. ayurveda) e assume a forma de medicina de Kampo. Esta medicina utiliza desde o século XVII métodos cirúrgicos, no entanto, foi posteriormente ultrapassada pela medicina biomédica (Proteste, 2001, p. 150).

⁶ Como por exemplo a Federação Mundial de Sociedades de Acupuntura e Moxabustão, Federação Mundial de Quiropráxia, Aliança Mundial de Quiropráxia e a Liga Médica Homeopática Internacional, que forneceram informações específicas das terapias mais relevantes na sua área (WHO, 2001).

⁷ Os Estados Membros da WHO contribuíram com dados relativos à prática e estatuto jurídico da medicina tradicional e complementares/alternativas nos seus países e regiões. (WHO, 2001)

países mais industrializados evita-se a polimedicação e os seus efeitos colaterais, sendo que os pacientes tendem a optar por utilizar estas práticas por uma questão de ideologia e não só por necessidade (WHO, 2005). Em suma, uma miríade de pessoas são tratadas com medicamentos e terapias não convencionais, uns porque vivem em regiões subdesenvolvidas, onde o acesso à medicina biomédica é restrito, e/ou por motivos históricos e crenças culturais, outros porque apesar de viverem em países industrializados escolhem esta opção (Mendes, Herdeiro & Pimentel, 2010).

1.2 Definição do Conceito

As MAC traduzem um conjunto técnicas que visam a assistência e a saúde do indivíduo, tanto na prevenção, como no tratamento e na cura, reconhecendo-o como mente/corpo/espírito e não como um conjunto de partes isoladas (Hill, 2003). Esta perspetiva distingue-se do objetivo da medicina convencional,⁸ onde a cura da doença ocorre através da intervenção direta no órgão ou parte doente, numa lógica cujo alicerce é o pensamento cartesiano que percecione o corpo como uma máquina, composta por partes, onde todas as funções dependem do funcionamento independente de cada órgão. Nesta perspetiva, a enfermidade é provocada por imperfeições nas peças da máquina humana (Landmann, 1989). Verifica-se, assim, uma divisão entre corpo e mente. O corpo é estudado de forma cada vez mais fracionada pelas várias especialidades médicas e a mente com todo o seu potencial é ignorada (Santos, Abrão, Oliveira & Carricone, s.d.).

A lógica das MCA está associada a uma visão holística do Homem, próxima da teoria da relatividade de Albert Einstein⁹ onde a massa e energia são duas formas da mesma coisa, uma não existe sem a outra (Trovo, Silva & Leão, 2003). Ainda de acordo com estes autores, a matéria é percecionada como uma manifestação de energia; os homens são formados de matéria e, por isso, são considerados seres energéticos que interagem entre si e com o meio formando um todo harmónico e em equilíbrio. Assim, resgatamos a conceção de Hipócrates que considerava a saúde como estado de harmonia entre o homem e a natureza em que a saúde e a doença dependiam da perfeita integração da mente, corpo e meio ambiente (Landmann, 1989).

Manzini, Martinez e Carvalho (2008) defendem a existência de cinco aspetos que distinguem as MCA da medicina convencional:

⁸ Refere-se à prática médica frequentemente denominada de medicina ocidental, a biomedicina, a medicina científica, ou a medicina moderna. Consultado em 26/07/2014, através de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42452/1/WHO_EDM_TRM_2001.2.pdf?ua=1.

⁹ Antes de Albert Einstein propor a teoria da relatividade os físicos consideravam a energia e a massa em entidades distintas. Einstein considerou que massa e energia são manifestações da mesma grandeza e são interconvertíveis. (Dantas & Ramalho, 2011).

1. **Conceito de saúde**, defendido pela medicina convencional como ausência de doença enquanto as MCA defendem um desequilíbrio entre forças opostas para caracterizar ou explicar o estado de saúde;
2. **Conceito de doença**, entendido pelas MCA como uma desorganização entre forças energéticas que, subsequentemente, traduzem os sinais expressos pelo corpo e não como um desvio localmente definido num órgão ou tecido, entendimento presente na lógica biomédica;
3. **Diferença entre os métodos de diagnóstico**, os praticantes das MCA tendem a valorizar os aspetos funcionais do indivíduo;
4. **Técnicas terapêuticas**, onde as MCA procuram uma revitalização energética e hostilizam os tratamentos químicos e cirúrgicos tão comuns na medicina convencional. Procuram terapias simples, despojadas de tecnologia, menos dispendiosas, reclamando a mesma eficácia em termos de cura, contrariamente aos comumente utilizados pela medicina dominante;
5. **Relacionamento com o paciente**, autonomia do paciente em vez da sua dependência. As MCA incentivam a uma participação mais ativa por parte do sujeito no processo terapêutico deixando o habitual registo passivo face às soluções externas apresentadas na prática convencional. As MCA reposicionam o indivíduo doente como centro do paradigma médico, sendo a relação medico-doente um elemento fundamental da cura.

Tavares (2010), após estudos efetuados sobre esta temática, constata a existência de outro fator diferenciador entre estes dois tipos de medicinas, cujo foco reside no facto dos médicos constituírem um grupo profissional organizado, contrariamente aos profissionais das MCA que representam uma população muito heterogénea, repartida por diversos conhecimentos e práticas. As MCA têm um carácter não intervencionista, isto é, não se opõem às doenças, percecionam os seus sintomas como causas mais profundas, que atingem o indivíduo e o seu modo de vida na sua totalidade (Queiroz, 2000). A atenção das MCA no processo de cura centra-se no paciente e não na doença e em estimular a autocura. A saúde é percecionada como a integração do bem-estar físico, emocional, mental, social e espiritual do indivíduo que deve ser responsável pela sua saúde.

Na perspetiva da World Health Organization (2014), as MCA referem-se a um conjunto de práticas de saúde que não constam da tradição do país e que não integram o sistema de saúde dominante. Segundo esta Organização “(...) *falar de medicina «alternativa» é como falar de estrangeiros - ambos os termos são vagamente pejorativos e fazem referência a categorias amplas e heterogenias definidas pelo que não são, em vez de definirem-se pelo que são*” (WHO, 2002, p. 8). De forma semelhante, o *National Center for Complementary and Alternative*

Medicine (NCCAM)¹⁰ (2014) define estas medicinas como um conjunto de vários sistemas médicos de saúde e cuidados de saúde, práticas e produtos que não fazem parte da medicina convencional (modelo biomédico).

A WHO (2001) alude que o termo para definir estas medicinas é utilizado de forma errónea, confundindo-se frequentemente os conceitos. Segundo esta Organização, quando falamos em MCA há que fazer a distinção entre Medicina Tradicional, Medicina Complementar, Medicina Alternativa e Medicina Integrativa. De acordo com esta lógica define a:

- **Medicina Tradicional (MT):** como o conjunto de conhecimentos, competências e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, utilizadas na manutenção da saúde, assim como, na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais;
- **Medicina Complementar (MC):** como a utilização de uma abordagem não convencional em articulação com a convencional (e.g., acupuntura);
- **Medicina Alternativa (MA):** como o uso exclusivo de uma abordagem não convencional em detrimento da convencional (e.g., recurso à Medicina Tradicional Chinesa);
- **Medicina Integrativa (MI):** como a inclusão na medicina convencional de práticas complementares, isto é, a MCA é reconhecida oficialmente e incorpora o Serviço Nacional de Saúde (e.g., centros de tratamento de cancro com programas de saúde integradores que oferecem serviços de acupuntura e meditação para auxiliar a controlar os sintomas e efeitos colaterais dos doentes que estão a ser tratados com tratamentos convencionais como é o caso da quimioterapia).

Apesar de toda controvérsia que possa existir em relação à designação destas medicinas e ao método pelo qual são regidas, a WHO (2014) estimula a utilização destas práticas nos sistemas de saúde de forma integrada à medicina convencional e preconiza políticas que promovam a segurança, a eficácia, a qualidade e o uso racional. A eficácia das MCA tem-se verificado em diversas áreas da saúde, mais concretamente, saúde mental, prevenção de doenças, tratamento de doenças não transmissíveis, melhoria da qualidade de vida de pacientes portadores de doenças crónicas e junto da população idosa (WHO, 2014).

Neste alinhamento, realça-se os esforços da WHO no sentido de incentivar e apoiar os Estados Membros na integração das MCA nos seus sistemas nacionais de saúde de forma a garantir o acesso a todos, independente da sua situação socioeconómica e o uso racional. Em Portugal e de acordo com Policarpo (2012), o SNS apresenta grandes fragilidades em termos de

¹⁰ Agência dos Estados Unidos da América (EUA), que se dedica à explicação rigorosa sob a ótica da ciência, das MCA.

prestação de serviços, mais concretamente longas listas de espera para consultas e tratamentos, o que afeta a capacidade de resposta e a qualidade do serviço. Esta realidade enfatiza a necessidade de encontrar soluções alternativas que prestem ao utente uma resposta mais sustentável e eficaz. Neste caso, a integração das MCA poderá ajudar a colmatar as lacunas encontradas e a melhorar o serviço prestado no atual sistema, tendo em conta que existem estudos realizados noutros países que apontam as MCA como um potencial fornecedor na área da saúde.

As diversas leituras efetuadas demonstraram que, nos últimos dez anos, se verificou um aumento do uso e popularidade das MCA que, para além de serem usadas nos cuidados primários de saúde aos desfavorecidos nos países em desenvolvimento, também têm sido usadas em países onde a medicina convencional é predominante no sistema nacional de saúde. Contudo, alguns estudos sugerem que, apesar do uso frequente das medicações e terapias não convencionais, os pacientes omitem ao seu médico a sua utilização, da mesma forma que o médico não questiona o doente durante a consulta sobre o uso de outras alternativas de tratamento. Este comportamento conduz à falta de informação sobre a segurança, eficácia e potenciais interações das várias formas das MCA com o tratamento convencional (Lucas, Schwartzmann & Leal, 2008).

As vantagens associadas às MCA são muitas, nomeadamente, e a título de exemplo: prevenção, tratamento holístico, eficácia no controlo da dor, terapêuticas não tóxicas e com poucas contra-indicações e proximidade entre o terapeuta e o paciente (Leite, 2010). Porém, não nos podemos esquecer das fragilidades que podemos encontrar numa análise mais profunda. Questões como a segurança e qualidade, a formação e certificação dos profissionais, as metodologias e prioridade de investigação são essenciais para a aceitação dos sistemas de saúde não convencionais integrados na rede pública (WHO, 2013). Apesar dos contributos positivos na saúde e qualidade de vida dos indivíduos descritos pela literatura (e.g., diminuição da dor e da polimedicação), os cuidados prestados pelas MCA não devem substituir os cuidados da medicina convencional, mas antes articular-se com estes últimos. Optar por um tratamento complementar ou alternativo à medicina convencional não significa necessariamente negar os seus procedimentos, mas sim incluir uma perspetiva mais abrangente (Queiroz, 2000).

1.3 Classificação das MCA

No final dos anos 80 do século XX começam a surgir várias taxonomias para agrupar e descrever as terapias que estão associadas às MCA. Na área da medicina não convencional (MNC) existem mais de duzentos tipos de terapias, desde as mais conhecidas, como é o caso da acupuntura, até às menos conhecidas como o *biofeedback*. Contudo, a sua categorização é

difícil uma vez que estão sempre a emergir novas terapias e as que já existem sofrem evoluções constantes (Stone & Katz, 2005). Ainda de acordo com a mesma fonte, a necessidade de organizar as MCA em categorias tem o intuito de facilitar as decisões políticas relativamente à investigação, à regulamentação, à avaliação do risco e ao acesso do paciente. Para estas autoras, este processo de categorização é complexo e controverso. Acrescentam que na polémica que envolve esta divisão coexistem dois posicionamentos que dividem os praticantes: os que reconhecem a necessidade de existir alguma forma de classificação, uma vez que dentro do chapéu das MCA não existe uma identidade individual profissional; e os que defendem que uma categorização das MCA poderá ser prejudicial por julgarem que cada uma das terapias deve ser considerada pelos seus méritos.

Patrick Pietroni (1992) apresenta um dos primeiros sistemas de classificação das MCA, usado em 1993 pela *British Medical Association* no seu relatório. Este sistema divide as MCA em quatro áreas distintas, a saber:

1. **Sistemas completos:** homeopatia, osteopatia, herbalismo e acupuntura;
2. **Métodos de diagnóstico:** iridologia, cinesiologia, análise de cabelo, diagnóstico da aura;
3. **Modalidades terapêuticas:** massagem, shiatsu e reflexologia;
4. **Abordagens de autoajuda:** meditação, yoga, relaxamento e dietas.

Em 2000, a Câmara dos Lordes, no Reino Unido, publica um relatório onde constam todos os aspetos relacionados com as MCA. Neste relatório propõe-se uma nova classificação onde dividem as MCA em três grandes grupos, designadamente:

- **Grupo 1 – Terapias Alternativas Organizadas Profissionalmente:** neste grupo estão inseridas as TNC mais utilizadas no mundo ocidental. Possuem um método de diagnóstico próprio, estão mais avançadas em termos de regulamentação das suas práticas e são consideradas as mais credíveis em termos de eficácia. Vulgarmente conhecidas como as *Big Five Therapies*, incluem a acupuntura, osteopatia, quiropráxia, homeopatia e herbalismo;
- **Grupo 2 – Terapias Complementares:** este grupo é constituído por terapias que são normalmente utilizadas como complemento da medicina convencional e que não praticam diagnóstico. Como exemplo temos a aromoterapia, hipnoterapia, reflexologia, shiatsu e massagem;
- **Grupo 3 – Disciplinas alternativas:** este grupo é composto por terapias que oferecem um diagnóstico e um tratamento diferentes dos da medicina convencional. Divide-se em dois subgrupos:

- **Grupo 3A – Sistemas Tradicionais de Cuidados de Saúde:** inclui medicinas que fazem parte dos sistemas tradicionais de saúde como é o caso da medicina ayurvédica e da medicina tradicional chinesa;
- **Grupo 3B – Outras Disciplinas Alternativas:** integram disciplinas que não possuem uma base de evidência científica como a cinesiologia, terapia dos cristais e a iridologia.

Esta nova classificação gerou contestação por parte dos profissionais acupunctores porque, segundo esta nova divisão, a acupunctura fazia parte de dois grupos: do Grupo 1 e do Grupo 3. Desta forma seria ao mesmo tempo credível e não credível. O grupo 3 é o mais criticado porque combina terapias da MT bastante respeitadas (grupo 3A) com terapias desacreditadas e sem fundamento científico (grupo 3B) e agrega terapias milenares com terapias criadas recentemente (Stone & Katz, 2005).

Stone (2002) classifica as MCA tendo por base as questões éticas que estão associadas a cada uma das terapias, tais como riscos/benefícios e potenciais danos. Para isso, criou seis categorias distintas, nomeadamente:

1. **Terapias com mãos:** incluem a quiropráxia, osteopatia, shiatsu, reflexologia, aromaterapia e toque terapêutico;
2. **Terapias invasivas:** incluem a acupunctura e todas as terapias que usem técnicas invasivas;
3. **Terapias à base de produtos:** incluem a homeopatia, herbalismo, medicina ayurvédica, medicina tibetana, aromaterapia e terapia nutricional;
4. **Terapias baseadas na energia:** incluem cura espiritual, cura dos cristais, reiki, toque terapêutico, acupunctura, shiatsu, tai chi e qigong;
5. **Terapias com intervenção psicológica:** incluem a hipnoterapia, aconselhamento e psicoterapia;
6. **Técnicas de autoajuda:** incluem yoga, *biofeedback*, meditação, visualização, técnicas de relaxamento, tai chi, qigong, entre outras.

Embora a autora reconheça que a divisão destes grupos possa estar sujeita a uma nova revisão, esta forma de classificação pretende evidenciar mais as questões éticas que lhe subjazem em vez de as tentar diferenciar pelo seu diagnóstico (Stone, 2002).

Douglas Tataryn (2002) cria uma classificação que se baseia em quatro paradigmas de saúde e doença, nomeadamente:

1. **Paradigma corpo:** assume que os fatores biológicos são os principais determinantes da saúde;

2. **Paradigma mente-corpo:** assume que fatores como o stresse, as técnicas psicológicas de *coping* e o suporte social são os principais determinantes de saúde e doença.
3. **Paradigma corpo-energia:** assume que a saúde e a doença dependem do equilíbrio dos fluxos de energia vitais.
4. **Paradigma corpo-espírito:** assume que os aspetos transcendentais ou personalidades existentes fora dos limites do universo material podem afetar a saúde e a doença.

Estes quatro paradigmas representam propostas de classificação que vão de encontro às premissas básicas da saúde e da doença associadas a cada medicina. Contudo, esta classificação não considerou o problema de hierarquização das terapias e por isso não teve sucesso (Porcino & MacDougall, 2009). Jones (2005) defende que as MCA devem ser classificadas em seis categorias tendo por base o método terapêutico de ação. Estas categorias centram-se no ser humano e não na terapia, ou seja, parte do material para o espiritual. Na opinião deste autor, esta classificação reflete a natureza multifacetada dos pacientes e cria um fundamento a partir do qual as MCA podem ser discutidas. Desta forma divide as terapias em:

1. **Bioquímicas:** incluem as terapias com influência a nível da ação química molecular, celular ou genética tais como produtos naturais e sintéticos e naturopatia;
2. **Biomecânicas:** incluem terapias que atuam ao nível da estrutura tecidular, designadamente a osteopatia, quiropráxia, massagem, reflexologia e treino físico;
3. **Mente-corpo:** incluem terapias cujo método de atuação resulta da modificação de processos e estados emocionais/cognitivos com o objetivo de modificar os estados e processos fisiológicos, como por exemplo a visualização, meditação, aromaterapia, *biofeedback*;
4. **Energéticas:** incluem terapias que utilizam a energia vital como processo terapêutico tais como o reiki, acupunctura, homeopatia, tai chi, qigong, fitoterapia;
5. **Psicológicas:** incluem terapias que recorrem aos significados das palavras, movimentos, imagem, sons e música para induzir mudanças positivas nos processos emocionais e cognitivos, por exemplo aconselhamento, hipnoterapia, neurolinguística, psicoterapia;
6. **Não locais:** incluem terapias cujo método terapêutico se situa na casualidade, no divino, na religião ou em princípios humanistas. O seu mecanismo terapêutico não é explicado cientificamente porque a sua origem deriva de experiências humanas transcendentais tais como cura à distância, meditação transcendental, oração, entre outras.

De todas as classificações efetuadas pelas diversas entidades, das quais a Câmara dos Lordes em Inglaterra é um exemplo, a que mais se destaca é a do *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) porque permite ter uma visão rápida e geral dos conceitos assim como da forma como as terapias das MCA se relacionam (Porcino &

MacDougall, 2009). Esta organização criou cinco categorias dentro das medicinas e terapias existentes, com o objetivo de fornecer ao utilizador um leque de escolhas antes de decidir a que melhor preenche as suas necessidades (NCCAM, 2014). Assim, distingue:

- 1) **Sistemas médicos alternativos:** terapias cujas práticas foram construídas a partir de crenças ancestrais e históricas, incluem a acupuntura, a medicina ayurvédica, a homeopatia, a medicina naturopática, a medicina tibetana e a medicina tradicional chinesa;
- 2) **Intervenção corpo e mente:** terapias que usam a capacidade da mente para influenciar o funcionamento do corpo, inclui o *biofeedback*, a dança, a hipnoterapia, a meditação a musicoterapia, tai chi, entre outras;
- 3) **Terapias baseadas na biologia:** utilizam substâncias encontradas na natureza para promover a saúde e envolvem o uso de agentes externos ao indivíduo, incluem a dieta, os suplementos dietéticos, os produtos à base de plantas e as vitaminas;
- 4) **Métodos baseados na manipulação do corpo:** terapias que se baseiam na manipulação e no movimento de partes do corpo, incluem a massagem terapêutica, a quiropráxia, a osteopatia, a reflexologia, entre outras;
- 5) **Terapias de energia:** envolvem o uso de campos de energia, ou seja, a manipulação da energia que presumivelmente penetra e circunda o corpo humano, inclui o reiki, o toque terapêutico, o qigong, entre outros.

Segundo Porcino e MacDougall (2009), apesar da classificação do NCCAM ser a mais divulgada continua a apresentar lacunas que não foram corrigidas por nenhum sistema de classificação redigido até à data. As suas categorias são tão amplas que as terapias podem ser enquadradas em mais do que uma categoria existindo terapias semelhantes com classificações distintas. Por exemplo, a reflexologia é frequentemente integrada na categoria dos métodos baseados na manipulação do corpo, enquanto que a acupuntura é inserida nos sistemas médicos alternativos. No entanto, estas terapias são similares na medida em que ambas provocam uma mudança através da manipulação de um ponto do corpo para criar uma mudança física noutras partes do corpo (idem). Ainda de acordo com estes autores, estes modelos classificativos apresentam algumas fragilidades porque existem questões que foram abordadas de uma forma incompleta, nomeadamente, o reconhecimento das MCA como parte integrante dos cuidados primários de saúde, a inexistência de um processo claro de categorização capaz de isolar cada uma das terapias numa única categoria e a forma dúbia como foi delineada a categorização vertical, sendo difícil fazer a distinção entre técnicas, terapias e sistemas de saúde alternativos. Desta forma, criam uma taxonomia vertical com onze domínios onde se diferenciam as técnicas, as terapias, os domínios (grupos de terapias semelhantes), os sistemas de cuidado de saúde (assistência coordenada que envolve várias terapias) e os cuidados de saúde integrativa. Esta

classificação traz muitas vantagens para as MCA porque consegue atribuir a cada uma das terapias um único domínio que se traduz numa maior compatibilidade entre as taxonomias da biomedicina e das MCA.

1.4 Retrato das MCA em Portugal

O papel das políticas nacionais de cada país é essencial na definição do estatuto das MCA, na implementação de programas de saúde em que as medicinas não convencionais sejam integradas e disponibilizadas aos utentes, na criação de normas de segurança, eficácia e controlo de qualidade de produtos fitoterápicos e terapias, na certificação dos profissionais e no reconhecimento as entidades que prestam formação. Há duas décadas atrás, as MCA eram praticamente desconhecidas em Portugal, foi necessário o esforço contínuo e concertado de entidades ligadas a esta área que desbravaram caminho no sentido de legitimar a credibilidade e eficácias das técnicas desta medicina. Nos últimos dez anos intensificou-se o interesse dos portugueses em explorar novas práticas de cuidado e bem-estar. Dados estatísticos indicam que dois milhões de portugueses recorrem às MCA, particularmente no âmbito da medicina tradicional chinesa, sendo os tratamentos efetuados através de acupunctura e fitoterapia (ASIMI, 2013).

Dado o acentuado crescimento na procura de práticas não convencionais como complemento e/ou alternativa às práticas médicas convencionais, e seguindo o apelo da WHO no sentido de garantir a segurança e qualidade na prestação das MCA, o Estado Português promulga, em 22 de agosto de 2003, a lei n.º 45/2003.¹¹ Esta lei estabelece o enquadramento das atividades realizadas pelas terapêuticas não convencionais, assim como o exercício dos profissionais. Na lei base n.º 45/2003, são reconhecidas como terapêuticas não convencionais (TNC)¹² a acupunctura, a homeopatia, a osteopatia, a naturopatia, a fitoterapia e a quiropráxia. É também reconhecida a autonomia técnica e deontológica dos profissionais, cabendo ao Ministério da Saúde a tutela e a credenciação profissional. Quanto à formação e certificação de habilitações para o exercício das MCA fica na tutela do Ministério da Educação e Ciência.

Os cinco princípios que norteiam esta lei estão em sintonia com as directrizes postuladas pela WHO, nomeadamente:

1. **Direito individual de opção pelo método terapêutico**, baseado na escolha informada, inocuidade, qualidade, eficácia e possíveis riscos;
2. **Defesa da saúde pública**, no respeito do direito individual à proteção de saúde;

¹¹ Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais, consultada em 28/07/2014, a partir de <http://dre.pt/pdfs/2003/08/193A00/53915392.pdf>

¹² Designação atribuída pelo Estado Português na Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto às MCA. Segundo Almeida, (2008), esta nova terminologia tem uma conotação sociopolítica. O abdicar do termo “Medicina”, deveu-se à influência da Ordem dos Médicos Portugueses durante o processo legislativo.

3. **Defesa dos utilizadores**, que exige que as práticas não convencionais sejam exercidas com elevado grau de responsabilidade diligência e competência, assentes na qualificação profissional e na certificação de quem as exerce;
4. **Defesa do bem-estar do utilizador**, que inclui complementaridade com outros profissionais de saúde;
5. **Promoção da investigação científica nas diferentes áreas das terapêuticas não convencionais**, como o intuito de atingir padrões de qualidade, eficácia e efetividade (Lei n.º 45/2003).¹³

Apesar da criação da lei que regulamenta em 2003 o setor das MCA, a polémica que envolve questões relacionadas com as práticas e o exercício dos profissionais não ficou sanada, culminando num longo debate político e socioprofissional protagonizado pelo Parlamento Português, a Ordem dos Médicos Portugueses (OMP) e representantes das Associações de profissionais ligados às MCA. A ausência de consenso entre as partes envolvidas e o período de instabilidade que o país atravessava, conduziu durante anos a um vazio político nesta matéria. A referida lei ficou quase dez anos a aguardar regulamentação específica para uma efetiva aplicabilidade prática (Moreira & Gonçalves, 2011). Só em 22 de novembro de 2012, após insistência das associações de profissionais e instituições de ensino, a Presidência do Conselho de Ministros aprovou a proposta de Lei 111/XII/2.^a,¹⁴ que estipula que as MCA só podem ser praticadas por profissionais com formação superior e cédula profissional emitida pela ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde. Este diploma institui o regime de acesso e exercício dos profissionais que praticam acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropráxia. Perante esta nova proposta, a Associação Internacional de Medicinas Integrativas (ASIMI) considera ser o momento oportuno para lutar pela implementação de um novo Sistema de Saúde, onde a integração dos saberes e experiências ao nível da saúde seja a palavra de ordem (ASIMI, 2013).

Reportando-nos à discussão pública gerada entre os vários interessados na regulamentação das MCA, constata-se que a relação verificada entre uma elite médica representada pela OMP e os representantes da MCA tem sido divergente e conflituosa (Almeida, 2008). A OMP reconhece a eficácia de algumas terapias alternativas, como é o caso da acupunctura e outras de carácter analgésico, mas como sendo complementares à prática médica dominante. Porém, preocupa-se com a regulamentação dos medicamentos e a eventual comparticipação dos mesmos pelo Estado. De igual modo, realçaram a diferença entre a longa formação universitária e científica dos médicos em oposição à dos médicos das MCA (TSF,

¹³ Elementos extraídos da Lei n.º 45/2003 - Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais, consultada em 28/07/2014, a partir de <http://dre.pt/pdf1s/2003/08/193A00/53915392.pdf>

¹⁴ Consultada em 28/07/2014 a partir de <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailheIniciativa.aspx?BID=37367>

2000).¹⁵ Após uma década da aprovação da Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto, entra em vigor a Lei n.º 71/2013 de 02 de setembro que regula a anterior, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais. Esta lei aplica-se a todos os profissionais que se dediquem ao exercício das MCA reconhecidas na Lei n.º 45/2003, isto é, acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropráxia; inclui também os profissionais da medicina tradicional chinesa (MTC) não abrangidos anteriormente. As novas regras impõem formação académica superior para os terapeutas, cédula profissional emitida pela ACSS, registo claro e detalhado das observações dos utilizadores, bem como dos atos praticados, a prestação de informações de forma correta e inteligível sobre o prognóstico, tratamento e duração do mesmo e um seguro de responsabilidade civil que assuma eventuais danos causados a utentes no exercício da profissão.

A tabela que se segue remete para uma leitura sucinta da regulamentação das MCA em Portugal na última década. Nela consta a tipologia, isto é, as terapias que foram reconhecidas, uma breve definição de cada uma delas e as leis que lhe deram origem.

¹⁵ Entrevista dada à TSF – Rádio Notícias por Germano Sousa em 06/06/2000. Consultado em 17/08/2014, a partir de http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content_id=851537&page=-1

Tabela 1 - Terapias Não Convencionais Tipificadas na Lei Portuguesa

Tipologia	Definição	Regulamentação
Acupunctura	Este termo refere-se a uma variedade de procedimentos que envolvem a estimulação de determinados pontos anatómicos na pele através de diferentes técnicas. O mecanismo de estimulação usado habitualmente consiste na penetração da pele com pequenas agulhas metálicas muito finas, manipuladas manualmente ou por estimulação eletrónica (Proteste, 2001, p.152). O tratamento é indolor pode no entanto causar um formigueiro ou choque. É eficaz no tratamento de doenças, alívio da dor e na analgia de doentes que vão ser operados (Impala, 2008).	- Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto; - Lei n.º 71/2013 (regula anterior).
Homeopatia	Segundo Horvilleur (2005) “a homeopatia é um ramo da medicina que utiliza os medicamentos segundo uma técnica própria” (p.9). Foi criada pelo Dr. Samuel Hahnemann na Alemanha (1755-1843) e baseia-se na lei da similitude (i.e. princípio dos similares), este princípio estabelece uma relação entre os sintomas do enfermo e os medicamentos que o homeopata lhe pode prescrever para o tratar. A ideia é prescrever uma substância capaz de provocar no paciente os mesmos sintomas que ele apresenta. Neste sentido é possível curar uma doença utilizando um produto dado em doses ponderais, criando num sujeito saudável, os sintomas análogos aos manifestados pelo doente (Proteste, 2001, pp.176-177).	- Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto; - Lei n.º 71/2013 (regula anterior).
Osteopatia	Criada pelo Dr. Andrew Taylor Still (1828-1917), é uma terapia manipulativa que trabalha sobre a estrutura do corpo (i.e. esqueleto, músculos, ligamentos e tecido conjuntivo), aliviando a dor, melhorando a mobilidade e restaurando a saúde. Principal objetivo desta terapia: aliviar a tensão muscular para que os músculos funcionem bem, utilizando pouca energia (Impala, 2008, p. 37).	- Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto; - Lei n.º 71/2013 (regula anterior).
Naturopatia	Baseada nas ideias de Hipócrates, evoluiu após o “boom” da Revolução Industrial no século XIX, procura essencialmente a manutenção da saúde, mais do que curar doenças. Os seus técnicos defendem que o desequilíbrio do organismo provém de toxinas acumuladas pela má alimentação e hábitos nocivos à saúde como o sedentarismo. Frequentemente compreendida como uma filosofia de vida, afirma que o corpo pode curar-se a si próprio através do contacto com a natureza (Shealy, 2000).	- Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto; - Lei n.º 71/2013 (regula anterior).
Fitoterapia	Esta terapêutica trata e previne a ausência de saúde física, mental e emocional através da utilização de plantas. Tal como a acupunctura é muito utilizada na Medicina Tradicional Chinesa (Impala, 2008, p. 22).	- Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto; - Lei n.º 71/2013 (regula anterior).
Quiropráxia	Tem origem nas palavras gregas <i>quiros</i> (mãos) e <i>praxi</i> (prática), praticar com as mãos. Desenvolvida pelo canadiano Daniel David Palmer (1845-1913), consiste na identificação de desalinhamentos na coluna vertebral, designadas subluxações, que prejudicam a comunicação do sistema nervoso central com os outros órgãos. Pretende assim remover lesões com recurso a ajustamentos (ações de impulsão aplicadas com as mãos), exercícios de reabilitação, conselhos sobre os estilos de vida ou alimentação (Proteste, 2001). A quiropráxia reequilibra o sistema neuro-musculo-esquelético do corpo (Impala, 2008).	- Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto; - Lei n.º 71/2013 (regula anterior).
Medicina tradicional chinesa (MTC)	Sistema terapêutico chinês com cerca de três mil anos tem como princípios o confucionismo e o taoísmo, preconizam a harmonização entre o corpo e o espírito. A saúde é vista segundo uma interação harmoniosa e alternada entre os contrários “Yin” e “Yang” que geram a energia vital, denominada <i>Chi</i> . O <i>Yang</i> é um conceito com um carácter masculino ligado à “face do sol” e afigura tudo o que é ativo, dinâmico, quente. O <i>Yin</i> designa um conceito com carácter feminino associado à “face da sombra” e representa a passividade, a substância, o frio. O corpo humano é analisado através de cinco “órgãos” que pertencem tanto ao <i>Yin</i> como ao <i>Yang</i> . Cada “órgão” é visto como um circuito funcional (e.g. o “pulmão” é traduzido como toda a função respiratória, inclusive a parte olfactiva). Para a MTC todos os órgãos têm influencia uns nos outros e estão ligados a outras estruturas do organismo. A doença é representada como o efeito de perturbações dentro do fluxo normal da energia vital (<i>Chi</i>), derivado de bloqueios e de excessos ou carências no <i>Yin</i> ou no <i>Yang</i> . Estas consequências podem surgir de causas externas como o frio ou o vento e de causas internas, como as preocupações e a tristeza (Proteste, 2001, pp. 149-150)	- Lei n.º 71/2013 de 02 de setembro.

Reportando-os à lei n.º 71/2013, a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO, 2013), considera-a positiva, adiantando, todavia, que esta nova legislação apresenta algumas fragilidades no que respeita aos requisitos dos cursos de formação exigidos aos profissionais, regras a aplicar no requerimento e emissão da carteira profissional, características do seguro e fiscalização dispersa. Ainda assim, salienta três aspetos positivos: a) os consumidores das MCA vão poder escolher o terapeuta com segurança, acedendo a um endereço eletrónico disponibilizado para o efeito pela ACSS; b) a exigência de uma direção clínica para os locais de prestação de MCA; e c) a proibição da comercialização de produtos aos utilizadores nos locais de prestação das MCA.

Portugal alcançou no ensino das medicinas naturais um elevado prestígio, com reconhecimento de várias entidades nacionais e internacionais no que respeita à excelência da formação. Temos como exemplo:

- **EMAC - Escola de Saúde Integral**, sediada no Porto, os seus cursos são direcionados principalmente a profissionais da área da saúde que procuram conhecer formas alternativas à convencional de alívio da dor e sofrimento dos seus pacientes ou que pretendem recolher respostas diferentes para as doenças. Na sua oferta incluem cursos de curta duração (e.g., *Workshops* e Cursos de *Qigong* e Nutrição), media duração (e.g., Homeopatia Moderna e Terapias Afins e Terapia Ortomolecular e Psico-Neuro-Imunologia, etc.) e cursos de longa duração (e.g., Acupuntura Bioenergética e Moxabustão, Naturopatia e Osteopatia), com o intuito de “*contribuir para o desenvolvimento de uma saúde sustentável; educar para hábitos de vida saudável, formar melhores profissionais na área; divulgar novas terapêuticas que mostrem ser muito eficazes e seguras e fazer de Portugal um dos países mais fortes na Medicina Natural*”;¹⁶
- **ESMTC - Escola de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa**, ao serviço da comunidade desde 1992, ministra um curso de medicina tradicional chinesa geral, com a duração de cinco anos. Nesta escola privilegia-se a aprendizagem da prática clínica sempre presente ao longo dos quatro anos de estágio efetuados no Centro de Consultas de MTC daquela Escola. Oferece ainda cursos e atividades (e.g., *Workshop* Liberação do Coração, aulas de *Chikung*, *Tai Ji* e aulas regulares de Movimento e Percepção e Dança Criativa) que visam promover o desenvolvimento físico, intelectual, emocional e espiritual do indivíduo e a estimular a criatividade através da aplicação consciente de novas e tradicionais formas de intervenção. A ESMTC desenvolve investigação em várias áreas designadamente, acupuntura, diagnóstico, dietética, fitoterapia chinesa,

¹⁶ Consultado em 29/07/2014, informação extraída a partir de <http://emac-edu.com/sobre-a-emac/>

fitoterapia ocidental, homeopatia, *oi gong*, *tai ji*, veterinária e outras. Concluindo a licenciatura em MTC todos os alunos tem acesso a mestrados e doutoramentos;¹⁷

- **IMT - Instituto de Medicina Tradicional, Lda.**, sediado em Lisboa, Porto, Braga e Leiria, ministra cursos com duração de três e quatro anos, nos moldes do ensino superior designadamente: curso geral de naturopatia e ciências tradicionais holísticas, o curso geral de homeopatia, o curso geral de osteopatia e o curso geral de acupunctura, moxabustão e fitoterapia chinesa. É parceiro do ISLA *Campus* Lisboa, atualmente denominado por Universidade Europeia (EU), no âmbito da formação pós-graduada nas áreas de osteopatia visceral, acupunctura, homeopatia e naturopatia. Ainda dentro desta lógica da formação superior o IMT disponibiliza desde o ano letivo de 2012-2103 acesso ao grau de licenciatura britânica em osteopatia, *BSc (Hons)* com a colaboração da *BCOM – British College of Osteopathic Medicine*. Para além dos cursos superiores supracitados leciona cursos profissionais de alimentação holística, de especialização - massoterapia clínica, de especialização manipulação fascial, de auriculoterapia avançada, de *shiatsu* e outros. Possibilita ainda formação livre através de *workshops* e seminários;¹⁸
- **ESMOT - Escola de Medicina Oriental e Terapêuticas**, reconhecida pela Associação Portuguesa de Acupunctores Osteopatas e Técnicas Manipulativas, com sede em Lisboa, está orientada para a formação de profissionais nas áreas da saúde com abordagem na Medicina Oriental. Ministra cursos em Regime de Formação Geral e Regime Intensivo de Formação Geral nomeadamente: acupunctura bioenergética e fitoterapia, medicina tradicional chinesa, osteopatia, fitoterapia e naturopatia e outros. Através de protocolo realizado com a *FEMTC- Fundacion Europea de Medicina Tradicional Chinesa* possibilitou o acesso à pós-graduação em acupunctura bioenergética e moxabustão;¹⁹
- **INP - Instituto Português de Naturologia**, entidade formadora creditada na área da medicina natural. Abrange a formação, não só nas MCA, mas também em todas as vertentes do bem-estar (e.g., técnicas de hidroterapia, massagem, estética natural, atividade física, entre outras). O seu projeto educativo assenta no novo paradigma de ensino/aprendizagem em que valoriza a formação prática dos seus alunos e estabelece parcerias com várias entidades nacionais e internacionais no âmbito da investigação.

¹⁷ Consultado em 11/07/2015, informação extraída a partir de <http://www.esmtc.pt/index.php/esmtc-escola/apresentacao>

¹⁸ Consultado em 11/07/2015, informação extraída a partir de <http://www.imt.pt/percurso-imt.php>

¹⁹ Consultado em 11/07/2015, informação extraída a partir de <http://www.esmot.com/escola/>

Este instituto possui um departamento específico para cada área de formação designadamente **Departamento de Ciências da Consciência** que desenvolve cursos associados à mente e ao desenvolvimento emocional (e.g., cursos: Os Astros e a sua Influência no Comportamento Humano, Desenvolvimento Pessoal e Competências Terapêuticas); **Departamento Ciências da Vida** que desenvolve cursos ligados à área do conhecimento que estuda a vida, o seu processamento, evolução e formas naturais de a desenvolver (e.g., naturopatia, medicina ortomolecular e iridologia); **Departamento de Medicina Chinesa** que desenvolve cursos na área da Medicina Chinesa (e.g., shiatsu, MTC e auriculoterapia.); **Departamento de Técnicas Manuais** que desenvolve cursos que trabalham as técnicas de massagem e de manipulação (e.g., kinesiologia e terapias tibetanas) e **Departamento Exercício Físico e Saúde** que desenvolve cursos relacionados com as áreas do Treino Funcional, do *Personal Training*, do Método Pilates e outras (e.g., Pós-Graduação em *Primal Training & Diet Coach* e Curso de Avaliação e Acompanhamento de Programas de Exercício Físico e Desportivo). O IPN possui um Departamento de Pós-graduação e Investigação destinado à formação contínua de especialização. Constituíram-se parceiros da Escuela Superior de Técnicas *Parasanitárias* e da *International School Beijing, University of Chinese Medicine*, onde se realizam os estágios e as pós-graduações e permite o acesso à realização do Exame Internacional de Acupuntura. No seio deste departamento funciona um centro de investigação que reúne todo o trabalho de investigação a realizar no âmbito da medicina natural. São também responsáveis pela edição da *Scientif Journal of Natural Medicine* - Revista Científica de Medicina Natural. Para além da formação de base, oferecem cursos de formação contínua (*workshops* e seminários) e *b- learning* (e.g., curso de nutrição ortomolecular, curso de hidroterapia do colon e curso de plantas terapêuticas);²⁰

Contudo, apesar da qualidade do ensino e da lei publicada exigir formação académica, falta regulamentar a formação dos terapeutas e o acesso à carteira profissional (Deco, 2013). Desde 2013 foram efetuados alguns avanços em termos de legislação, até ao momento foram publicadas as seguintes portarias:

- **Portaria n.º 25/2014, de 3 de fevereiro** - regula as competências do Conselho Consultivo para as TNC;
- **Portaria n.º 181/2014, de 12 de setembro** - constitui o grupo de trabalho de avaliação curricular dos profissionais das TNC;
- **Portaria n.º 182/2014, de 12 de setembro** - institui os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e

²⁰ Consultado em 11/07/2015, informação extraída a partir de <http://www.ipnaturopatia.com/>

instalações técnicas para o exercício da atividade das terapêuticas não convencionais;

- **Portaria n.º 182-A/2014, 12 setembro** - fixa o montante das taxas a pagar pela cédula profissional;
- **Portaria n.º 182-B/2014, de 12 de setembro** - fixa as regras a aplicar ao requerimento e emissão da cédula profissional;
- **Portaria n.º 200/2014, de 3 de outubro** - relativa ao seguro de responsabilidade civil profissional;
- **Portarias n.º 207A a G/2014, de 8 de outubro** - referentes à caracterização e aos conteúdos funcionais das TNC (ACSS, 2015).²¹

Ainda assim, continua a faltar legislação referente aos diplomas de atribuição de licenciaturas e respetivos planos curriculares da formação (IPN, 2015). Relativamente à matéria da formação dos profissionais das MCA, a Associação Internacional de Medicinas Integradas (ASIMI) (2013) tem consciência de que há muito trabalho a fazer tanto a nível da formação e requisitos curriculares como em relação ao estatuto concedido aos profissionais desta área. No entanto, assiste-se paulatinamente a avanços significativos na realidade portuguesa em termos de formação pós-graduada e produção de conhecimento científico. Como exemplo, para além das escolas supracitadas, temos o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), instituição oficialmente reconhecida e inserida na Universidade do Porto que, desde 2006, tem vindo a ministrar pós-graduações e mestrados em medicina tradicional chinesa em parceria com a *Heidelberg School of Chinese Medicine*, numa lógica científica e prática.

A ASIMI (2013) defende a implementação de uma formação composta por vários ciclos de estudo, como mestrado e doutoramento, e um investimento na investigação como forma de legitimar cientificamente estas práticas e auxiliar os profissionais para o exercício da sua atividade. Segundo o Presidente da Associação Portuguesa de Acupuntura, Pedro Choy (s.d.),²² a área da acupuntura (primeira terapia a ser aceite pela OMP) é ensinada em setenta escolas, entre as quais, dez de ensino superior, é exercida em mais de 5000 clínicas e consultórios, juntamente com a fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia e quiropráxia.

Portugal, através da regulamentação da Lei 71/2013 de 02 setembro, abriu o caminho para que as MCA almejem integrar o SNS. Os benefícios/resultados obtidos no tratamento de diversas patologias são vários, entre as quais evidenciamos as doenças crónicas que exigem a articulação dos dois modelos de saúde: convencional e complementar /alternativo. A

²¹ Informação retirada a partir do site da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, consultada em 18/04/2015, a partir de <http://www.acss.min-saude.pt/Terap%C3%AAuticasN%C3%A3oConvencionais/tabid/1155/language/pt-PT/Default.aspx>

²² Desde 1997 qualifica profissionais de saúde para o exercício da Medicina Chinesa. No curriculum actual do Dr. Pedro Choy, destacam-se os cargos: Vice-Presidente da *World Federation of Chinese Medicine Societies*, Vice-Presidente da *Pan European Federation of TCM Societies*, Professor convidado da Universidade de Medicina Chinesa de *Chengdu* (China), Presidente da Associação Portuguesa dos Profissionais de Acupuntura e Presidente da Associação Portuguesa de Acupuntura e Disciplinas Associadas, informação consultada em 29/07/2014, a partir de <http://www.clinicapedrochoy.com/index.php/dr-pedro-choy>

acupunctura, por exemplo, é uma das terapias da medicina tradicional chinesa reconhecida pela OMP em 2002 como uma técnica terapêutica válida e eficaz. Passou a fazer parte das possibilidades de tratamento prescrito por médicos em mais hospitais e centros de saúde nacionais, sendo integrados os conhecimentos científicos contemporâneos no modelo de base tradicional. A inclusão desta terapia levou a uma mudança no universo da prestação de cuidados de saúde, sendo que a OMP definiu critérios que permitiram aos médicos exercer a atividade. Em 2009, o SNS tinha nos seus quadros 200 médicos com Pós-graduações²³ em acupunctura, sobretudo médicos anestesiastas, executando cerca de 3000 a 4000 consultas por ano em seis hospitais do país e um centro de saúde sediado em Lisboa (Mendes, 2009)

Podemos citar alguns exemplos de integração desta terapia no Centro de Saúde de Alcântara, em Lisboa, onde uma dezena de pacientes é consultada uma vez por semana. A lista de solicitação para consultas de acupunctura não pára de crescer, os tratamentos incidem sobre casos considerados graves e em situações em que a acupunctura pode substituir medicamentos que os doentes não podem tomar; o mesmo acontece no Hospital de Viseu, que apesar de ter uma consulta por semana, efetua 300 consultas por ano, os tratamentos incidem sobre patologias dolorosas como as que afetam os músculos e as articulações e enjoos após sessões de quimioterapias e gravidez. Seguem-se os Hospitais Universitários de Coimbra que são os que possuem maior capacidade de respostas a efetuar tratamento de acupunctura, realizando duas consultas semanais; tratam doentes na unidade de dor e chegam a fazer 1300 consultas por ano (Mendes, 2009).

O reiki²⁴ é outra terapia não convencional que começa a ter grande impacto no tratamento de doentes em vários contextos hospitalares no nosso país. Esta terapia é utilizada na recuperação de doentes auxiliando-os a lidar com o desconforto de alguns tratamentos e a mantê-los equilibrados melhorando a sua qualidade de vida. Neste sentido, entre 2007 e 2009 efetuou-se no Hospital de São João no Porto (HSJ) um estudo que catalisou a credibilidade do reiki enquanto forma de aumentar a qualidade de vida dos pacientes hemato-oncológicos coordenado pela Enfermeira e Mestre de reiki Zilda Alarcão. Foram realizadas duzentas e quarenta e três terapias a doentes internados na unidade de isolamento de hemato-oncologia daquele hospital, com cancro no sangue e a fazer quimioterapia intensiva. A utilização do reiki nos doentes que integravam esta experiência diminuiu-lhes os efeitos colaterais resultantes da quimioterapia. Sentiram uma melhoria tanto a nível de náuseas, vômitos como a nível de aceitação da imagem corporal e começaram a aceitar a doença e encara-la de forma mais

²³ Nomeadamente especialização em acupunctura no Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), consultado em 29/07/2014, a partir de http://sigarra.up.pt/icbas/pt/cur_geral.cur_inicio e a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), consultado em 29/07/2014, a partir de <http://www.uc.pt/fmuc>

²⁴ Segundo a Associação Portuguesa de Reiki, o “reiki é uma terapia complementar, no âmbito das Terapias e Medicinas de Campo Bio Energético. É realizada através de um toque suave ou a uma curta distância do corpo do paciente, sendo transmitida a “Energia Universal” (reiki) para as zonas mais necessitadas da pessoa.” Informação retirada em 02/05/2015, a partir de <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/o-que-e-reiki/>

positiva. Este estudo traduziu-se num projeto de voluntariado prestado pela Associação de Apoio a Doentes com Leucemia e Linfoma (ADL) e foi aprovado pelo Conselho de Administração do HSJ em 2012 (Pinto, 2014).

Para além do HSJ, podemos encontrar esta prática no Hospital do Fundão - Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE (Castelo Branco), no Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira) e no Hospital de Dia do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPOPFG-EPE). Podemos constatar, através dos exemplos de terapias não convencionais supracitados, acupuntura e reiki, que as MCA em Portugal estão a ganhar terreno e a disseminarem-se um pouco por todo o país. A aceitação é evidente podendo ser verificada pela procura dos utentes nos hospitais e centros de saúde onde estas práticas estão a ser oferecidas como complemento do tratamento convencional (Mendes, 2009).

1.5 Perspetiva biomédica em relação às MCA

Wood e Wood (1974) consideram normal a atitude dos ocidentais perante as práticas não convencionais e não estranham que as considerem objeto de superstição e charlatanismo. Segundo estes autores não é fácil mudar mentalidades de um dia para o outro, sendo difícil para um ocidental conseguir compreender suficientemente outra mentalidade fora do seu registo (e.g., Oriental) e começar de imediato a pensar de acordo com ela, todavia, acham este entendimento exequível. Poder-se-á dizer que existe uma medicina única mas com várias formas de a praticar. Assim, é possível associar os vários métodos tendo em conta o caso a tratar. Um funciona melhor em estado de crise (medicina convencional) e o outro (medicina não convencional) no tratamento de fundo ou quando a medicina convencional é imprescindível mas pretende-se atenuar os efeitos secundários da sua utilização (Horvilleur, 2005).

Para Saks (2003), a medicina biomédica é definida pela sua legitimidade política assim como as MCA são definidas em relação à sua marginalidade política, isto é, à sua posição sociopolítica no sistema de cuidados de saúde. No seu entendimento, existem fatores marcadores de segregação que se traduzem no reduzido apoio aos financiamentos para investigação, nas restrições formais impostas à sua prática e na alusão pouco favorável nas publicações médicas de referência. A crescente procura das MAC por parte dos consumidores criou uma mudança de paradigma nas medicinas e, consequentemente, nos cuidados primários de saúde. Tavares (2010) refere que a pressão da procura pelo público das medicinas não convencionais explica a disseminação das mesmas. Esta atitude dos consumidores perante esta nova visão do cuidado de saúde potencia a regulamentação e implementação das MCA no SNS apesar dos obstáculos colocados por algumas organizações de profissionais da biomedicina (idem).

Segundo Policarpo (2012), as MCA em Portugal são uma solução que pode ajudar a alargar a oferta dos cuidados de saúde. Revela que os enfermeiros inquiridos no seu estudo, apesar de possuírem poucos conhecimentos destas práticas, recomendam a integração das MCA no SNS e constituem-se como possíveis utentes de algumas das terapias, nomeadamente, medicina tradicional chinesa, acupunctura, massagem e meditação. Barros, Otani e Lima (2010) referem que o debate sobre a necessidade de criar um ambiente inclusivo na área da saúde ganha destaque a partir de 2000 e baseia-se na pluralidade de terapêuticas. Neste sentido, foram realizados vários encontros entre profissionais norte-americanos e ingleses donde resultou a proposta da MI. Nestes encontros reconheceu-se a dificuldade da biomedicina em operar com práticas baseadas em outros modelos de cuidado e de cura, isto é, alternativos, complementares ou integrados. Assim, para se poder avançar para o processo de inclusão foi proposta a noção de integratividade. A ideia de integração trouxe para o domínio biomédico um conjunto de práticas e saberes que podem conduzir os profissionais no âmbito do ensino e na pesquisa, tornando possível a criação de estudos específicos sobre as novas práticas e na assistência, introduzindo as novas formas de cuidado no protocolo convencional de cuidados de saúde.

A implementação das MCA no SNS é um desafio para os governos e instituições. Verificam-se complexidades epistemológicas, dificuldades de operacionalização e o aumento de disputas políticas entre corporações e interesses instalados. São levantadas várias questões entre as quais a proliferação de especialistas “complementares”, a negociação sobre a formação e capacitação dos profissionais, a democratização das MCA pelos profissionais de nível médio e superior e a sua restrição a médicos ou a médicos especialistas (Tesser & Barros, 2008). O aumento da adesão dos utentes a serviços de saúde prestados pelas MCA despoletou a necessidade de estudos sobre o conhecimento, as atitudes e práticas dos diversos profissionais de saúde em relação a estas terapias. Dentro desta lógica, Manzini (2008) refere um estudo efetuado no Reino Unido a membros do *Royal College of Physicians*, cujo objetivo consistia na aferição das atitudes e conhecimento dos médicos convencionais em relação às MCA. Foi apurado que metade dos médicos inquiridos defendem que os métodos utilizados pelas MCA devem ser submetidos a testes científicos antes de serem aprovados pela medicina convencional. Esta ideia da prova científica está instituída na cultura deste grupo profissional que só consente este tipo de práticas mediante uma comprovação segundo o desígnio de “verdade científica”.

No Brasil, o Ministério de Saúde publicou, em 2006, uma Portaria relativa à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, onde a ideia de hegemonia e legitimação pela comprovação científica emerge com grande intensidade. Esta publicação provocou entre os profissionais da área de saúde duras críticas à lei regulamentada. Estes profissionais insurgiram-se contra a lei publicada por não determinar a exclusividade dos médicos com formação biomédica em estabelecer o diagnóstico e a prescrição de tratamentos e/ou medicamentos e por legitimarem as MCA sem uma prévia confirmação científica (Manzini,

2008). A crítica às Medicinas Alternativas (MA) surge também de outras áreas da ciência. O físico Manuel Rosa Martins (doutorado em física de partículas) manifestou-se efusivamente em 2003 contra as MA rotulando-as de *“medicina de alterne”*. Para este físico, as MA *“(…) prostituíam a palavra quântica ao prometerem uma cura com energias que não conseguem medir”*. Reitera que o conceito de *“terapia”*, *“cura”* e *“quântica”* utilizados conjuntamente na mesma frase são sinónimo de *“vigarice”*. Esta medicina, na sua conceção, não existe. O que existe é uma medicina que tem por base a evidência (Jornal de Notícias, 2013).²⁵

Leal, Schwartzmann e Lucas (2008), defendem que não se deve menosprezar o conhecimento do efeito terapêutico dos tratamentos não convencionais, porém, parece-lhes inadequado que os médicos atribuam suporte à utilização empírica das MCA enquanto a segurança, a eficácia, a reprodutibilidade e potenciais interações com medicamentos não forem comprovadas cientificamente. Salientam que estas informações devem ser abordadas com seriedade e submetidas a uma avaliação científica criteriosa, designadamente através de testes baseados em modelos experimentais e desenho de estudos clínicos exploratórios. Acreditam que a comunidade biomédica continua a ignorar a existência das diferentes formas de MCA mesmo sabendo que cerca de metade dos seus pacientes procuram estas alternativas. Consideram essencial que a classe médica preste mais atenção a esta evidência e utilize uma lente mais aberta quando se referem a esta problemática.

Wolpe (1990) defende que a integração das MCA no SNS pode surgir de duas formas: pela aceitação das práticas mas não dos profissionais ou através da pressão do *lobby* médico²⁶ para a aprovação de leis que lhes conferem direito exclusivo de praticar (e.g., acupunctura - excluindo os acupunctures não médicos). Miranda (2010) constatou, ao inquirir médicos de medicina geral e familiar, que o conhecimento destes relativamente às MCA ou não existia ou era muito ténue. De acordo com este investigador, o conhecimento adquirido pelos médicos advinha de relatos de pacientes, familiares e amigos e de literatura e artigos publicados sobre a matéria. Apesar de não estarem familiarizados com as práticas não convencionais, alguns já tinham aconselhado os seus pacientes a recorrerem a este tipo de cuidados. Concluiu também que os médicos auscultados consideravam importante ter uma opinião mais consistente em relação às MCA que lhes permitisse aconselhar os doentes com maior segurança e acrescentam que estas deveriam fazer parte da formação médica como uma mais-valia para a sua prática clínica. Os mesmos médicos mostraram-se favoráveis a uma possível incorporação das MCA no SNS se

²⁵ Informação extraída de uma notícia publicada pelo jornal de notícia [online] em 09/11/13 sobre esta matéria. Consultado em 23/03/15, a partir de

http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id=3524637

²⁶ A Deputada Sara André declarou numa intervenção efetuada em 2010 na Assembleia Regional que o *lobby* médico exerce grande pressão no Governo, refere que os “Governos estão Reféns dos Médicos”, informação retirada do Diário de Notícias online em 15/03/2015, a partir de

<http://www.dnoticias.pt/impressa/diario/cartasdoileitor/edicao-2010-12-20/241744-o-lobby-medico>

esta fosse acompanhada por uma formação médica consistente de forma a estruturar os moldes em que a integração deve ser efetuada.

O ensino da MI nas escolas de medicina é visto como um investimento necessário para a implementação do modelo integrado porque contribui para o resgate dos valores da medicina científica e fornece novas ferramentas de trabalho nomeadamente: a comunicação, o trabalho em equipa e a autonomia do paciente (Otani & Barros, 2008) e pode efetuar-se através da inclusão de tópicos no curriculum, em períodos de reforma curricular ou para ampliar os conhecimentos dos estudantes de medicina sobre a temática. A classe médica, estudantes de medicina incluídos, começam a ter noção da falta de informação e formação relativa às MCA. Essa consciência estimula a procura de conhecimento porque um médico que não possui saber e formação adequada nesta área fica numa posição de desvantagem tanto a nível profissional como no tratamento dos seus doentes (Christensen & Barros, 2010). O novo paradigma de saúde exige aos profissionais competências para informar e atender os seus doentes, identificar efeitos colaterais, reconhecer as interações dos medicamentos e praticar com segurança as medicinas complementares, separadas ou associadas às medicinas convencionais (idem).

Assumindo as especificidades de cada uma das práticas (convencional e não convencional), torna-se possível construir um plano de cuidados de saúde integrado que concretize as directrizes da Declaração de Alma-Ata de 1978. Tal significa que os cuidados primários de saúde devem fazer uso pleno dos recursos disponíveis e devem ser apoiados por sistemas integrados, funcionais e mutuamente amparados para que se obtenha um aumento progressivo dos cuidados gerais de saúde para todos, priorizando os que têm mais necessidades. Deve basear-se na conjugação de esforços de todos os participantes da comunidade: médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares comunitários e praticantes tradicionais, devidamente treinados para trabalhar social e tecnicamente lado a lado, formando uma equipa capaz de responder às exigências de saúde da população (CISCPS, 1978).²⁷

Em suma, verifica-se que apesar da ciência não conseguir, na maior parte dos casos, explicar os mecanismos de atuação das MCA, os benefícios que estas produzem nos pacientes são visíveis de tal forma que muitos médicos com formação biomédica não os negam e acabam por encaminhar os seus doentes para os profissionais das MCA (Romagosa & Rosales, 2000).

1.6 As MCA e o Envelhecimento

O avanço científico desencadeou na humanidade a possibilidade de viver mais tempo obrigando as sociedades atuais a preservar a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas e

²⁷ Informação retirada da Declaração de Alma Ata - Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978, consultado em 28/03/2015, a partir de http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf

muito idosas, estas últimas, segundo Lourenço, Lenardt, Kletemberg, Seima, Tallmann e Neu (2012), são pessoas com idade cronológica igual ou superior a oitenta anos. O paradigma demográfico demonstra que o crescimento da população idosa tem vindo a aumentar consideravelmente e arrasta consigo implicações importantes particularmente na área da saúde decorrentes da presença de comorbilidades e aumento do declínio funcional. Os idosos apresentam, em geral, características muito peculiares: são suscetíveis a doenças crónicas responsáveis pelo aparecimento de dificuldades nas suas atividades de vida diária e que interferem na sua independência e autonomia, e tendem a vulnerabilidades físicas, psíquicas e sociais (idem). À população idosa (particularmente a que sofre de doença crónica) está também associado um consumo elevado de medicação (polimedicação) e uma utilização frequente dos serviços de saúde com custos significativos e risco para o desenvolvimento da incapacidade funcional (Lourenço, 2012). Perante este cenário, o Estado obriga-se à adoção de políticas públicas capazes de proporcionar ao público idoso qualidade de saúde, segurança, direito individual de opção pelo método terapêutico e uma forte aposta na prevenção. Uma das alternativas passa pela valorização e o oferecimento de práticas e medicinas alternativas e complementares (Tesser & Barros, 2008).

Willison e Andrews (2004) afirmam que as doenças crónicas e incapacitantes são fatores que conduzem a uma utilização significativa, por parte das pessoas idosas, das Medicinas Complementares e Alternativas. Segundo estes autores, estas medicinas possuem um excelente potencial para melhorar o envelhecimento bem-sucedido, diminuir a fragilidade e incrementar a independência e qualidade de vida desta faixa etária. Xavier (2001) refere que os doentes, na sua generalidade, aderem às MCA devido ao risco que a medicina convencional pode trazer à sua saúde e por considerarem estas medicinas mais seguras, mais naturais e menos invasivas. No caso das pessoas idosas, existem opiniões dissonantes relativamente à sua adesão às MCA. Para Leite (2010), existe procura e defende que as razões que levam os idosos a utilizarem as MCA são várias e corroboram a literatura, destacando-se a melhoria na qualidade de vida, a prevenção das doenças, o descontentamento com a medicina biomédica e seus profissionais e a vontade de usufruir de um tratamento natural e holístico.

De acordo com Geraldine Moses (2005), instituiu-se que as pessoas idosas são vistos como consumidores improváveis das MCA. Contudo, esta autora também refere estudos que apresentam resultados opostos. Estes estudos referem que a população idosa utiliza com mais frequência as práticas não convencionais comparativamente com a população mais jovem. Verificou que 60% a 80% dos consumidores idosos declararam consumir pelo menos um medicamento “natural” regularmente. As razões que levam as pessoas idosas a utilizar estas medicinas advêm da sua acessibilidade, segurança e eficácia. No entanto, não é do conhecimento destes que as MCA também podem causar reações adversas sendo que os medicamentos naturais podem interferir com os fármacos prescritos pelo médico. Aliás, estes

estudos demonstram que 55% a 62% dos idosos não informam o médico do uso destas medicinas.

Tendo em conta a escassez de estudos sobre a relação das pessoas idosas com as MCA, McMahan e Lutz (2004) realizaram um estudo nos EUA a 335 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Midlife Development nos Estados Unidos (MIDUS), sendo apurado que 43,3% dos idosos inquiridos consomem medicinas/terapias alternativas e que as mais utilizadas são as práticas espirituais, terapias exercício/movimento, dietas especiais, quiropráxia, e meditação.

As práticas complementares, de um modo geral, propiciam às pessoas idosas um cuidado integral, nomeadamente um alívio da dor (crónica ou aguda), um aumento de bem-estar, redução de ansiedade e depressão, diminuição dos efeitos secundários dos medicamentos e melhoram a relação de proximidade entre o paciente e o profissional. A acupuntura é um exemplo de uma terapia não convencional mais utilizada e integrada no SNC. Segundo Leite (2010), os idosos recorrem a esta terapia porque já não encontram solução na medicina convencional e os benefícios que obtêm com este tratamento passam predominantemente pelo controlo da dor, ganhos emocionais e melhorias gerais. As restantes terapias mais comumente utilizadas pelos idosos são a fitoterapia, osteopatia e a homeopatia.

O reiki é outra terapia que tem vindo a conquistar terreno junto dos seniores. Exemplo disso é o projeto que tem vindo a ser desenvolvido pela Associação Portuguesa de Reiki através dos vários núcleos espalhados pelo país, em que um dos intentos passa por estabelecer protocolos com instituições que trabalham com pessoas idosas no sentido de lhes proporcionar estabilidade física e emocional, auxiliando na mobilidade, memória e aumentando a sua qualidade de vida.²⁸ O reiki é ideal no tratamento de doenças terminais. Embora não garanta a remissão da doença, no caso das pessoas idosas em fase terminal, auxilia-os a realizar a passagem de forma tranquila.²⁹

Reiteramos que a velhice não é sinónimo de doença ou incapacidade. É uma fase do indivíduo onde é possível controlar muitos problemas de saúde comuns nesta etapa com assistência adequada (Saldanha e Caldas, 2004). Como já referimos ao longo deste tópico as MCA são uma mais-valia para as pessoas idosas porque privilegiam o indivíduo como um ser único, prestam-lhe um cuidado integral e apostam na prevenção, podendo ser uma alternativa importante aos cuidados de saúde dominantes para o incremento da sua qualidade de vida.

²⁸ Informação extraída em 26/04/2015, a partir de <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reiki-em-portugal/2015/03/27/formacao-de-voluntarios-de-reiki-do-nucleo-regional-da-guarda/>

²⁹ Informação extraída em 26/04/2015, a partir de <http://reikienergriadouniverso.jimdo.com/reiki-nos-idosos/>

1.7 Qualidade de Vida e Envelhecimento

O conceito de qualidade de vida não é passível de uma definição unívoca, envolvendo uma multiplicidade de fatores de índole biológica, social, política, económica, médica, entre outros. Expressa-se, por isso, como uma área multidisciplinar e engloba parâmetros das áreas da saúde, arquitetura, urbanismo, lazer, meio ambiente, segurança pública e privada, entretenimento, novas tecnologias e basicamente tudo que se relacione com o indivíduo, cultura e o meio onde vive (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). No entendimento destes autores, o termo está muito presente na sociedade moderna e atribuem-lhe uma miríade de conotações. No que respeita ao senso comum, associam-no a uma melhoria e/ou elevado padrão de bem-estar na vida das pessoas seja a nível emocional, social ou económico. Na área do conhecimento, por vezes identificam-na com a saúde outras vezes relacionam-na com o lazer, habitação, atividade física e alimentação. O conceito é complexo e dá origem a definições comuns mas nem sempre convergentes (idem).

A procura da qualidade de vida sempre foi um dos objetivos a atingir pelo homem e o seu significado pode sofrer alterações à medida que vamos envelhecendo. Depende essencialmente da forma como o indivíduo perceciona a sua posição nos múltiplos contextos em que gravita, tendo sempre presente um conjunto de valores assimilados e as expectativas e preocupações vivenciadas ao longo do seu percurso de vida (WHO, 2005). Este conceito assenta em pressupostos subjetivos e traduz a sensação de satisfação subjetiva que está presente em todos os seres humanos e envolve aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Saldanha & Caldas, 2004). É inevitável falar de qualidade de vida sem antes percebermos o conceito de bem-estar subjetivo que lhe subjaz. Segundo Cassinello e Dolores (2006), o bem-estar subjetivo traduz-se na avaliação global que o indivíduo faz da sua vida em termos cognitivos e emocionais. Para estes autores, um sujeito que avalia a sua vida de forma positiva, sente-se mais frequentemente satisfeito consigo, com as suas experiências de vida e com a sua relação com os outros, possuindo um elevado nível de bem-estar subjetivo. Se, pelo contrário, está sempre insatisfeito e vivencia sentimentos de ansiedade e depressão, o seu bem-estar subjetivo fica comprometido. Este nível reduzido de bem-estar pode conduzi-lo, do ponto de vista cognitivo, a uma diminuição da autoestima e insegurança na tomada de decisões. Do ponto de vista emocional pode manifestar irritabilidade, impaciência, apatia, distanciamento afetivo e perda de motivação a nível profissional (Nunes & Menezes, 2014).

Apesar de toda a subjetividade inerente à definição de qualidade de vida, podemos observar um aproveitamento em algumas circunstâncias deste termo, nomeadamente em campanhas políticas e publicitárias, onde o objetivo é manipular a opinião pública (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012). A este respeito, Fonseca (2005) refere que diariamente surge

literatura e campanhas publicitárias que indicam o caminho para atingir o sucesso e aumentar na velhice os níveis de felicidade e qualidade de vida. Segundo este autor, emerge um novo nicho de mercado direcionado especificamente para o idoso e “*multiplicam-se as receitas de «como viver bem e chegar aos 90 anos», de «como preparar a reforma», de «como preservar a saúde e permanecer jovem»*” (pp. 302-303). Enfim, uma panóplia de ideias e conceitos sobre alimentação, atividade física, espiritualidade, entre outras, que embora ajudem a esclarecer dúvidas e forneçam conselhos práticos na resolução de problemas, direta ou indiretamente influenciam as escolhas, ajudam a criar tendências e fabricam padrões ideais de qualidade de vida na velhice. No entanto, nem sempre estão ao alcance das pessoas idosas que procura melhorar a sua qualidade de vida (Almeida, 2012). A qualidade de vida é percebida como boa ou má quando as aspirações individuais são realizadas. Melhorar a qualidade de vida passa por diminuir o hiato entre o idealizado e o possível principalmente quando existem patologias associadas (Saldanha & Caldas, 2004).

Para Minayo (2013), a qualidade de vida traduz-se no bem-estar vivenciado pelos sujeitos na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Pode ser percebida sob o ponto de vista sociológico como uma norma instituída pela sociedade que almeja vivamente alcançar. Na prossecução deste intento utiliza políticas públicas e sociais que exortam e regulam o desenvolvimento humano, as liberdades individuais e coletivas, as mudanças positivas no estilo de vida e nas condições sociais. Fleck (2002) refere que a qualidade de vida relaciona o meio ambiente com aspetos físicos, psicológicos, relações sociais, níveis de independência e crenças pessoais tomando-se um vocábulo difícil de definir e avaliar. Neste sentido, a WHO entendeu ser necessário criar um instrumento que denominou de *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) com o intuito de definir o conceito, devido à ausência de consenso na sua definição, e, ao mesmo tempo, avaliar de forma uniforme e transcultural a qualidade de vida. Assim, desenvolveu o WHOQOL-100, que consiste num instrumento composto por cem questões que posteriormente deu origem a uma versão mais reduzida, o WHOQOL-Bref, com vinte e seis questões. Estas perguntas referem-se a seis domínios: a) físico; b) psicológico; c) nível de independência; d) relações sociais; e) meio ambiente; f) espiritualidade/religião/crenças pessoais, divididos por vinte e quatro categorias constituídas por quatro perguntas cada. No entanto, para além das categorias supracitadas criaram uma categoria que se refere a questões gerais da qualidade de vida (Fleck, 2000).

Este instrumento foi desenvolvido por peritos de saúde de quinze culturas diferentes com o objetivo de privilegiar uma perspetiva transcultural. É baseado em três aspetos essenciais: a) subjetividade; b) multidimensionalidade; e c) presença de dimensões positivas (e.g., mobilidade) e negativas (e.g., dor) e procura avaliar o estado funcional, o bem-estar e a saúde geral do indivíduo (Almeida, 2012).

Como temos vindo a evidenciar, a qualidade de vida, na lógica contemporânea, é transversal e intercultural, abarcando múltiplas áreas do saber (e.g., economia, sociologia, educação, medicina, psicologia), verificando-se uma ligação muito próxima com a saúde,³⁰ particularmente na vertente direcionada às pessoas idosas. Esta relação é influenciada pela cultura em que o indivíduo está inserido e depende das ações pessoais e das estratégias públicas programadas para melhorar as condições de vida das populações (Almeida, 2012). A área da saúde sofreu uma mudança de abordagem aquando da introdução do conceito da qualidade de vida, verificando-se uma transmutação do foco biomédico para uma lógica mais centrada na visão holística e biopsicossocial (Paúl & Fonseca, 2005). O estado de saúde vai ser um indicador importante na perceção do sujeito relativamente ao bem-estar que poderá ser vivenciado como positivo ou negativo dependendo da influência biológica, do meio, do estilo de vida e da forma como está desenhado o sistema de saúde onde o indivíduo está envolvido (Almeida, 2012).

Para Parreira (2006), “(...) a nível do indivíduo, a qualidade de vida é essencialmente definida como saúde. [Sendo a] Saúde o conceito de base e a qualidade de vida o diferenciador, no domínio dos comportamentos saudáveis” (p.53). A qualidade de vida “é um conceito profundamente cultural e individual” (Paúl & Fonseca, 2001, p. 128) de grande impacto no bem-estar dos indivíduos. Mobiliza hábitos individuais, estilos de vida e comportamentos sociais instituídos como saudáveis. Impele à adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática desportiva regular, atividades de lazer, envolvimento comunitário no sentido de criar sinergias, tendo sempre presente os valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações do indivíduo (WHO, 2005). Em suma, “(...) a qualidade de vida não é portanto um fim em si mesmo mas, um meio. Um olhar atento e positivo para cada coisa, cada instante e cada ser “ (Couvreur, 2001, p.177). Como tal, exige de cada um de nós um olhar mais atento e um esforço suplementar para a conquistar.

O aumento demográfico que se manifesta pelo aumento da população idosa e muito idosa³¹ no total da população, está associado ao incremento da longevidade que nem sempre se traduz em melhor qualidade de vida. A elevada prevalência de doenças crónicas (e.g., crónico-degenerativas) e patologias (e.g., depressões), transformam as pessoas idosas nos principais consumidores de cuidados de saúde (Santos & Almeida, 2010). Contudo, envelhecer não é sinónimo de doença, particularmente quando as pessoas ao longo do seu percurso de vida desenvolvem hábitos saudáveis e adotam uma vida ativa numa lógica de

³⁰ Definida pela WHO (1948) como “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”. Informação consultada em 04/10/2014, a partir de <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

³¹ Segundo projeções das Nações Unidas, a população muito idosa, indivíduos com 80 ou mais anos, vão octuplicar, prevê-se que em 2050 sejam 402 milhões e em 2100 sejam 792 milhões. Informação retirada em 31/08/2014, a partir de http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf.

viver mais e melhor (Nunes & Meneses, 2014). Perante este novo paradigma, a *World Health Organization* (2002) impulsiona a implementação de políticas e programas de “Envelhecimento Ativo” que promovam a qualidade da saúde, a participação e a segurança da população mais velha. Envelhecer ativamente, segundo esta Organização, corresponde a aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade de vida, acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Aplica-se a todos os indivíduos que estão a envelhecer mesmo os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, isto é, com doenças crónicas e fisicamente incapacitados.

Envelhecer com sucesso transforma-se, assim, num processo que requer competência e empenho por parte de dois atores: indivíduo e sociedade. O primeiro, através da forma como se adapta e reage a esta nova fase da vida e o segundo, pelo suporte social que pode proporcionar às pessoas idosas a nível emocional, material e instrumental (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005). Este suporte é vital para as pessoas idosas porque funciona “(...) *como efeito protector ou de almofada que amortece o stress associado ao envelhecimento e ajuda a suprir as necessidades que vão surgindo no decorrer deste processo*” (Paúl. s.d., p. 278). Neste contexto, a competência, o empenho, a adaptação e o suporte social são aspetos determinantes para um envelhecimento com qualidade e bem-sucedido.

O envelhecimento demográfico da população e a certeza de que as pessoas vivem mais tempo e com menos doenças agudas são questões que remetem para a qualidade de vida e para a sua avaliação (Paúl & Fonseca, 2005, p.78). Fonseca (2005) menciona diferentes autores (e.g., Castellón, 2003; Fernandez-Ballesteros, 1998) que defendem que a associação entre envelhecimento e qualidade de vida assume, atualmente, uma importância cada vez mais significativa e constituem um indicador fundamental na avaliação da condição de vida da pessoa idosa. Para estes autores, a qualidade de vida assenta em cinco eixos de análise da qualidade de vida na velhice: a) Qualidade de vida e residência; b) Institucionalização; c) Qualidade de vida e exercício físico; d) Qualidade de vida e estilos de vida; e e) Qualidade de vida e saúde. Estes eixos constituem-se como indicadores na avaliação da qualidade ligada ao processo de envelhecimento.

Os níveis de qualidade de vida mais críticos para a população idosa, no entendimento destes autores, são a saúde, a integração social, as capacidades funcionais, o exercício de atividades satisfatórias, a qualidade ambiental, a satisfação com a vida, a educação, os recursos económicos e o acesso a serviços de saúde e sociais. A avaliação de maior ou menor qualidade de vida depende do contexto e das circunstâncias em que o idoso se encontra. Para Schwanke, Schneider e Pereira (2009), a saúde nos idosos, tal como nos não idosos, vai para além da ausência da doença. Comprometendo-se as várias áreas de interação multidimensional pode-se prejudicar a capacidade funcional da pessoa idosa e subsequentemente produzir um impacto negativo na sua qualidade de vida. Procurar uma boa qualidade de vida para o idoso obriga a

um novo olhar sobre a velhice e o processo de envelhecimento que ainda é assimilado como sinónimo de doença e fragilidade. Conseguir uma qualidade de vida satisfatória neste período de vida não é somente da responsabilidade do sujeito biológico, psicológico ou social, envolvendo também a qualidade das interações que estes estabelecem. A interação é fundamental nesta fase porque geralmente os idosos isolam-se, expondo-se a situações de exclusão social (Nicolazi, Silva, Coelho, Cascaes & Büchele, 2009).

A compreensão da qualidade de vida transcende largamente a problemática da saúde. No entanto, a saúde continua a ser uma área essencial da qualidade de vida particularmente no que se refere aos idosos (Paúl & Fonseca, 2005). A saúde, diretamente ligada à população idosa e, subsequentemente, ao processo de envelhecimento, é uma questão importante quando se perspetiva um envelhecimento “ótimo” tornando-se pertinente perceber a compreensão do idoso em relação à sua saúde, sendo que na maior parte dos casos verifica-se uma divergência entre a saúde real e a percebida. Os problemas de saúde estão no topo das preocupações dos idosos quando interpelados sobre esta matéria. Apesar da saúde física não constituir uma condição para atingir a felicidade, a sua falta provoca sofrimento, desequilíbrio e afeta a sensação de bem-estar, condicionado a qualidade de vida. Para além disso, pode contribuir para perda de poder económico resultante dos gastos com as despesas de saúde (Fonseca, 2005).

De acordo com Pino (2003), para alcançar um bom nível de qualidade de vida no envelhecimento é necessário “(...) *um intelecto sem alterações, ausência de problemas mentais, habitação satisfatória, bons amigos, família acolhedora e compreensiva, segurança económica para obter os mínimos necessários, um lar adequado e sensação de felicidade e bem-estar.*” (p. 190).

Segundo Pietroni (1988), o holismo³² é a forma que o ser humano tem de se conhecer a si próprio e aos outros. A compreensão mais profunda de si e do outro permite ao indivíduo compreender melhor o papel que desempenha no mundo em que vive e ajuda-o a tomar decisões mais conscientes em relação ao modo como vai conduzir a sua vida. Observamos os factos da vida como um todo e não como atos isolados, conseguindo assim um entendimento mais amplo dos contextos porque mesmo os atos isolados interagem com o todo. Dentro desta linha de pensamento, Marcos Morales (s.d.) afirma que o holismo refere-se “(...) *à maneira de ver as coisas inteiras, na sua totalidade, como um todo, na sua complexidade, porque dessa forma*

³² A palavra holismo deriva do grego “*holos*” e significa “todo”, “inteiro”, “completo”. Foi utilizada pela primeira vez por Jan Smuts em 1926 no seu livro “*Holism and Evolution*” e representa os preceitos filosóficos que consideram os sistemas como um todo, e não as suas partes (Moraes, s.d., p. 113). Defende a continuidade evolutiva entre matéria, vida e mente e avança para uma visão sistémica do universo, propõe a totalidade em detrimento da fragmentação (Teixeira, 1996, p.287).

podemos apreciar interações, características e processos que normalmente não são vistos se os aspetos que constituem o todo forem estudados separadamente" (p.1).

A visão holística está subentendida em várias concepções filosóficas ao longo de toda a evolução do pensamento humano, sendo considerada por diversas áreas do conhecimento (e.g., física, medicina, ecologia, psicologia e administração). No âmbito do desenvolvimento humano, a abordagem holística permite equilibrar e direcionar as dimensões responsáveis pela homeostasia do indivíduo, isto é, a ordem física, mental, emocional e espiritual. A concepção holística do homem emerge da necessidade de romper com o paradigma cartesiano-newtoniano, que assenta na racionalidade, objetividade e quantificação como a única forma de alcançar o conhecimento (Teixeira, 1996) e com o modelo biomédico influenciado pelo modelo mecanicista e reducionista do ser (Tsuchiya, 2002). A perspetiva holística resgata o saber da medicina Hipocrática que, no parecer de Carvalho (2002), considera que a doença não é exterior ao sujeito mas algo que no seu interior se desorganiza e desequilibra. O ato de adoecer era explicado pela relação existente entre o enfermo e o seu meio envolvente. A natureza tem uma ordem própria e o homem participa nessa ordem, exceto quando se estabelece um conflito entre as várias forças do organismo, a saúde é o estado “normal” ou “natural” dentro desta ordem. O olhar do médico não incide apenas no paciente mas também nos sinais emitidos pela natureza no seu todo. Persiste a ideia de que as doenças ocorrem em determinados locais devido a causas específicas, não podendo o homem ser desligado da natureza (idem). A saúde exige um estado de equilíbrio entre os influxos do ambiente, do estilo de vida e dos diversos constituintes da natureza humana. Assim, esta nova vertente holística da saúde e das terapias de cura pode coexistir de forma harmoniosa com as concepções mais tradicionais e, ao mesmo tempo, ser compatível com as teorias científicas contemporâneas (Capra, 1982).

A visão holística associada à saúde promove uma aproximação entre dois saberes: o científico e o popular que, interligados, podem constituir novas formas integrativas de saúde. Esta visão fomenta a abertura a abordagens não convencionais que reconhecem a interdependência das manifestações biológicas, físicas, mentais e emocionais do organismo e a valorização do corpo como um sistema (Teixeira, 2002) e, à semelhança da concepção Hipocrática, centra-se no doente em vez da doença acreditando que esta deriva de um desequilíbrio interno e não da invasão de um patogénico externo (Queiroz, 2000). O enfoque holístico tem todo o sentido quando se fala em qualidade de vida. Aliás, podemos afirmar que representa a visão mais atual e completa de noção de qualidade de vida, ou seja, *“a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHO, 2002, p. 14), confere o homem em todas as dimensões que se interrelacionam como se de um único sistema se trata-se. Abrange vários domínios: o homem objetivo, influenciado socialmente e o homem subjetivo com as suas crenças, gostos, escolhas, expectativas e saberes. Não podemos

desvincular e descontextualizar estas circunstâncias porque só é possível compreender e avaliar a qualidade de vida se entendermos o Homem na sua integridade, nas suas diferenças, no seu pluralismo e na heterogeneidade.

A posição não fragmentada do holismo permeia todos os níveis de atuação do sujeito (Tsuchiya, 2002) e encaixa no conceito de qualidade de vida que se rege por fatores subjetivos e interdependentes, sejam relacionados com a saúde; como o bem-estar físico, funcional, emocional e mental, ou com outros não menos importantes como o trabalho, família, amigos, religião ou a cidadania. A percepção de qualidade de vida como positiva ou negativa depende da conjugação destes fatores no seu todo, se um destes elos se quebra coloca em causa a homeostasia; o indivíduo entra em ruptura. Quando algo deste tipo acontece a visão holística permite que a cura seja efetuada não apenas pela eliminação dos sintomas, mas pelo restabelecimento da pessoa como um todo (Tsuchiya, 2002). A humanização³³ do cuidado traduz a interligação destes dois conceitos. A vertente holística favorece um cuidado mais qualificado e humanizado nas mais variadas dimensões. Se quem presta o cuidado tiver consciência de que o doente é um ser humano composto por corpo, mente e espírito, inserido num determinado ambiente (que pode ser favorável ou adverso), será mais fácil auxiliá-lo a aceitar o momento de fragilidade e ampará-lo no seu sofrimento. A forma como este cuidado é percebido vai influenciar a avaliação do sentimento de bem-estar que se vai refletir posteriormente na avaliação da qualidade de vida.

Neste contexto, e recorrendo à visão holística de cuidar como um veículo para atingir a qualidade de vida, Bermejo (2009) assevera que cuidar de forma holística significa “(...) *considerar as pessoas em todas as suas dimensões: física, intelectual, social, emocional e espiritual e religiosa (...) tendo em conta as experiências, a harmonia e a responsabilidade na gestão da própria vida, dos seus recursos e dos limites e disfunções em cada uma das dimensões supra referenciadas*” (p.115). Todavia, o termo holístico não implica somente as dimensões afetas às pessoas. O caminho para se construir relações de ajuda é igualmente importante, atendendo à interdependência existente entre o agente doente e o cuidador. Não se produzem relações isoladas que não afetem todo o universo, estas relações podem ser saudáveis ou patológicas (Bermejo, 2009). Em suma, o holismo reflete a máxima de Aristóteles: *O todo é maior do que a simples soma das suas partes*, que se traduz numa visão do mundo, da vida e do ser humano como únicos, completos e intimamente ligados. A qualidade de vida depende do equilíbrio entre todas estas forças.

³³ Segundo Leite & Strong (2006) “(...) a humanização pode ser entendida como o ato ou ação de tornar humanas as relações, ou seja, levar em consideração tudo que é relativo ao homem ou próprio dele”. (p. 204).

Capítulo 2

Metodologia

O capítulo que se segue aborda questões relativas à metodologia adoptada no nosso trabalho. Apresentam-se os objetivos do estudo, as técnicas de recolha e tratamento de informação, bem como os instrumentos e os procedimentos utilizados. Terminamos com a caracterização socio-demográfica dos participantes e considerações éticas.

2.1 - Objetivos de Estudo

Este estudo tem como objetivos gerais: a) aferir o posicionamento de profissionais de saúde afetos à medicina convencional e à medicina não convencional relativamente ao contributo das MCA na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas em geral e das pessoas idosas em particular; e b) averiguar a importância da articulação das práticas não convencionais com as biomédicas, assim como a sua integração no SNS.

Para tal, formularam-se os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar diferentes posicionamentos relativamente às MCA;
2. Identificar vantagens e desvantagens das MCA na prevenção e tratamento de doenças;
3. Aferir a pertinência de uma possível articulação entre as práticas não convencionais com as práticas médicas dominantes no processo de cura;
4. Aferir a pertinência da integração das MCA no SNS;
5. Aferir a especial pertinência do uso das MCA pela população idosa.

2.2 - Instrumento e Procedimentos

Na presente pesquisa, exploratória e qualitativa, privilegiámos, como técnica de recolha de dados, a entrevista em profundidade, semiestruturada, aplicada na forma semidiretiva, e, como técnica de tratamento de dados, a análise de conteúdo. Recorremos ainda ao modelo interactivo da análise dos dados em investigação qualitativa de Miles e Huberman (1984, cit in Léssard- Hébert, Goyette & Boutin, 1990). A escolha do método qualitativo deveu-se às características que lhe são associadas, nomeadamente: a principal fonte de dados deste método reside no ambiente natural, sendo o investigador o instrumento central; é um método descritivo (os dados recolhidos são palavras, frases, pensamentos e representações dos inquiridos); os

investigadores qualitativos focam-se mais no processo do que nos resultados ou produtos e tendem a analisar os dados de forma indutiva e atribuem uma importância capital ao significado (Bogdan & Biklen, 2013).

A utilização da entrevista possibilita aprofundar os dados recolhidos e a sua flexibilidade e pouca diretividade facilitam a recolha de testemunhos e interpretações dos interlocutores, respeitando a sua linguagem e as suas categorias mentais. Auxilia também a obtenção de informação e de elementos de reflexão extremamente ricos e diversificados. Esta técnica tem a vantagem de colocar o investigador em contacto direto com o entrevistado, estabelecendo-se assim uma verdadeira troca: o entrevistado expressa as suas perceções, interpretações e experiências e o investigador facilita a comunicação evitando que o teor do discurso se afaste dos objetivos propostos permitindo aceder a uma maior autenticidade e profundidade dos conteúdos (Quivy & Campenhoudt, 1998, pp. 192-194). Neste caso utilizámos, conforme referimos, a entrevista semiestruturada, aplicada na forma semidiretiva (i.e., não é totalmente aberta nem orientada por um elevado número de questões precisas) porque permite ao entrevistado falar livremente e possibilita ao investigador, sempre que o interlocutor se afaste das perguntas, intervir e redirecionar a entrevista para os objetivos propostos de forma subtil e natural preservando a espontaneidade de todo o processo (Gil, 1999).

No decorrer desta investigação houve a preocupação de criar um instrumento adaptado à temática estudada que ajudasse a alcançar os objetivos do trabalho. Deste modo, procedemos a uma pesquisa exploratória que “ (...) *tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias*” (Gil, 1999, p.43), recorrendo à revisão bibliográfica “ (...) *através de material já existente e publicado em relação ao tema em causa*” (Gil, 1995, p.71) e à pesquisa documental que se baseia “ (...) *na utilização de documentos que ainda não sofreram um tratamento analítico, ou que ainda podem ser revistos de acordo com os objetivos da pesquisa*” (idem, p.53). Para a conceção do instrumento do nosso estudo, procurámos informação em livros, teses de mestrado, artigos científicos, notícias de jornais, dados estatísticos, entre outros. Sempre com o intuito de adquirir conhecimento e de nos familiarizarmos com o fenómeno em causa. Deste processo resultou a conceção do nosso guião de entrevista³⁴ elaborado tendo por base a informação teórica reunida e mantendo sempre presente a prossecução dos objetivos propostos. O guião é composto por cinco unidades de análise, a saber: *a) Caracterização Socio-demográfica dos Participantes; b) Do (Des) conhecimento ao Posicionamento; c) Vantagens e Desvantagens; d) Articulação com as Práticas Convencionais; e e) Integração no Serviço Nacional de Saúde.*

As unidades de análise supracitadas foram concebidas com a seguinte lógica: caracterizar os entrevistados relativamente ao sexo, idade, profissão e experiência profissional;

³⁴ Ver anexo 1. Guião de Entrevista

perceber o conhecimento/aceitação dos médicos relativamente à utilização das práticas não convencionais pelos seus pacientes; identificar os benefícios/danos provocados pelas MCA e, por último, recolher a opinião dos técnicos de saúde das duas áreas relativamente à importância da colaboração entre eles e da necessidade de integrar as MCA no SNS.

As entrevistas foram aplicadas a profissionais de saúde com experiência em práticas convencionais e não convencionais, nomeadamente: dois médicos, um enfermeiro, dois psicólogos, dois terapeutas da medicina tradicional chinesa (um deles está a concluir a licenciatura em enfermagem), um osteopata, dois naturopatas e dois mestres de reiki (uma das mestres de reiki é enfermeira aposentada), tendo sido definidos os seguintes critérios de inclusão: a) Conhecimento e experiência profissional dos entrevistados relativamente ao fenómeno investigado; b) Interesse/disponibilidade em participar.

O primeiro contacto com os profissionais foi efetuado por correio eletrónico e nele constava a apresentação da investigadora, os objetivos do estudo, a relevância do contributo e solicitação de colaboração, a permissão para gravar em áudio a entrevista e a garantia de anonimato e confidencialidade de acordo com os princípios éticos exigidos. As entrevistas foram agendadas segundo a disponibilidade de cada um dos entrevistados, nos locais por si considerados mais convenientes (e.g., gabinetes de consulta, áreas do local de trabalho) porque o entrevistado precisa de sentir controlo/conforto no espaço onde ocorre a entrevista (Guerra, 2006). No início de cada entrevista efetuou-se uma breve contextualização do estudo e entregou-se o termo de consentimento livre e esclarecido³⁵ para ser assinado pelo entrevistado, resguardando a sua identidade e a confidencialidade das informações prestadas. Na perspetiva de Dias (2010), a prática de investigação obriga o investigador a tomar decisões tendo sempre presente a ética e a deontologia profissionais. A perda de confidencialidade, a falta de compromisso e de lealdade podem prejudicar a credibilidade e o valor da investigação. É necessário manter alguns princípios essenciais: a privacidade ou a não participação, a vontade de permanecer no anonimato, a confidencialidade, o sentido de responsabilidade do investigador, não fazer juízos de valor sobre atitudes e opiniões diferentes, ser honesto para com os dados e construir um plano que seja exequível. Só desta forma o investigador pode assegurar aos participantes na ação estes direitos sem enviesar ou distorcer o propósito da investigação. Após a assinatura do termo de consentimento informado supracitado, procedeu-se à realização das entrevistas cuja duração foi de aproximadamente sessenta minutos cada. Estas decorreram entre julho de 2014 a abril de 2015.

Com o intuito de garantir integralmente a confidencialidade dos testemunhos recolhidos, optamos por omitir do nome dos Hospitais referenciados pelos entrevistados.

³⁵ Ver anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Das doze entrevistas conseguidas, nove foram presenciais e três, devido a questões relacionadas com tempo e logística dos participantes, foram respondidas por correio eletrónico. Contudo, houve previamente uma conversa telefónica entre os intervenientes no sentido de explicar os objetivos do estudo e de esclarecer dúvidas decorrentes das questões apresentadas. Subsequentemente à realização das entrevistas foi enviada, por correio eletrónico, aos participantes a transcrição integral da entrevista, a fim de que estes pudessem, caso assim entendessem, rever e/ou alterar alguma(s) parte(s) do seu discurso. De forma a manter o anonimato dos participantes do estudo, as entrevistas foram codificadas de um a doze, atribuindo-lhes a letra E seguida do número da entrevista e de acordo com a ordem de concretização das mesmas.

Constituído o *corpus* de análise, isto é, todo o material produzido na pesquisa e durante as entrevistas (Vala, 2014), seguiu-se a organização da informação recolhida. Para esta fase recorremos ao modelo interactivo de análise de dados proposto por Miles e Huberman (1984, cit in Léssard- Hébert et al., 1990), que se divide em três etapas ou componentes, a saber:

1. Redução de dados;
2. Apresentação/organização dos dados;
3. Interpretação/verificação das conclusões.

Segundo estes autores, a redução dos dados pode ter lugar antes (redução antecipada), durante (redução concomitante) e/ou após o período de recolha dos dados (redução a posteriori) e consiste num processo de “(...) *selecção, de centração, de simplificação, de abstracção e de transformação do material compilado*” (p. 109). De acordo com os autores, a redução dos dados é uma operação contínua, considerada o primeiro momento da interpretação de dados numa investigação, ainda antes da codificação. No presente trabalho optámos por uma redução de dados antecipada e concomitante do processo de recolha de informação. Assim, inicialmente definimos a problemática a estudar, o campo de estudos e a elaboração do guião de entrevista, tendo por base os procedimentos já mencionados.

A apresentação e organização dos dados foi efetuada através de matrizes conceituais, que, de acordo com Léssard-Hébert, Goyette e Boutin (1990) agrupam as variáveis “(...) segundo as suas ligações teóricas” (p.120). No nosso estudo, concebemos uma matriz conceitual para cada unidade de análise prevista no guião de entrevista, à exceção da primeira, isto é, a caracterização sócio-demográfica dos participantes, dado que essa informação será dada no ponto seguinte do presente capítulo. Bardin (2004) refere que “*tratar o material é codifica-lo*” (p. 103) e que este procedimento é um processo de transformação. Esta operação, segundo Bardin (2004), “(...) *é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo género (analogia), com os critérios previamente definidos*” (p. 117). Ainda segundo esta autora, as categorias são

“*rubricas ou classes*” (p.117) como por exemplo as unidades de registo, agregadas por grupos em função dos aspetos comuns dos elementos constitutivos. Para esta autora o objetivo da categorização é proporcionar uma representação sintética e simplificada dos dados em bruto e pode ser efetuada segundo o critério semântico (temas), sintático (verbos e adjetivos), léxico (classificar palavras segundo o sentido) e expressivo (categorias que classificam perturbações comportamentais). No presente estudo foi utilizada uma categorização semântica agrupada por tema. A elaboração das nossas matrizes conceituais teve por base a proposta de Vala (2014), designadamente a utilização de unidades de registo³⁶ e de contexto³⁷. Optámos por organizar a informação empírica recolhida em unidade de registo e de contexto e procedeu-se à sua distribuição na matriz conceitual segundo um recorte³⁸ semântico e formal.

A interpretação dos dados recolhidos, correspondente à terceira etapa do modelo por nós utilizado, foi feita à luz da análise de conteúdo (Vala, 2014). Esta técnica permite trabalhar a informação e os depoimentos que se apresentam com alguma complexidade e profundidade de forma metódica; possibilita a escolha dos termos utilizados pelo entrevistado (e.g., a sua frequência, a sua disposição, a construção de discurso e o seu desenvolvimento) a partir das quais o investigador tenta construir um conhecimento (Quivy & Campenhoudt, 1998) e efetua “(...) *inferências com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas*” (Vala, 2014, p. 104). Foi nesta etapa que atribuímos “*significado aos dados reduzidos e organizados*” (p. 122), dando assim lugar à discussão dos resultados.

2.3 - Caracterização Socio-demográfica dos Participantes

Tal como tivemos oportunidade de mencionar, participaram no nosso estudo 12 sujeitos, cuja caracterização sócio-demográfica se apresenta na tabela que se segue.

³⁶ Segundo Bardin (2004) esta é uma “*unidade de significação e codificação e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base*” (p. 104).

³⁷ “*Serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às unidades de registo) são óptimas para que se possa compreender o significado exacto da unidade de registo*” (Bardin, 2014, p. 107).

³⁸ A regra de recorte na perspectiva de Bardin (2014) corresponde à “*escolha das unidades*”.

Tabela 2 Caracterização Socio-demográfica dos Participantes

Participantes	Sexo	Idade	Situação Profissional	Experiência Profissional	Tempo de serviço
E1	Feminino	*	Técnica Segurança Social	Licenciada em psicologia, integra a equipa distrital de intervenção na área do envelhecimento e deficiência no Núcleo de Intervenção Social -Unidade de Desenvolvimento Social e Programas – ISS, IP - Centro Distrital do Porto.	*
E2	Feminino	59	Médica	Assistente Hospitalar Graduada no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	*
E3	Feminino	56	Médica	Medica Especialista em Medicina Familiar e Medicina do Trabalho. Atualmente é Médica de Medicina do trabalho no posto médico da Toyota Caetano Portugal, S.A.	26 Anos
E4	Feminino	33	Enfermeira	Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cárdio Torácica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE desde 2003 a 2009. De 2009 até ao momento está no Serviço de Imuno Hemoterapia do mesmo Hospital.	12 Anos
E5	Feminino	27	Terapeuta MTC	Estudou no INP- Instituto Português de Naturopatia e fez estágio curricular em Medicina Tradicional Chinesa. Atualmente exerce MTC em espaços de saúde e bem-estar e clínicas médicas e está a terminar a licenciatura de enfermagem na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa.	5 Anos
E6	Masculino	50	Terapeuta MTC	Licenciado em Medicina Tradicional Chinesa na UMC – Universidade de Medicina Chinesa do Porto. Pós-Graduações em Auriculopuntura, Medicina Chinesa e Cardiologia, Medicina Chinesa e Oftalmologia, Medicina Chinesa e Psiquiatria, Medicina Chinesa e Nefrologia. Possui consultório próprio mas também dá consultas em várias clínicas privadas.	16 Anos
E7	Masculino	39	Osteopata	Licenciado em Osteopatia pela Oxford Brooks University – Inglaterra, trabalha em clínicas privadas e lares.	13 Anos
E8	Masculino	46	Naturopata	Licenciado em Naturopatia no INP- Instituto Português de Naturopatia. É membro da Associação Europeia de Profissionais de Saúde Natural, tem consultório próprio mas também dá consulta em várias clínicas privadas.	6 Anos
E9	Feminino	68	Mestra de Reiki	Terapeuta de Reiki.	20 Anos
E10	Feminino	36	Psicóloga	Licenciada em Psicologia. Exerce consulta clínica, colaborou com algumas câmaras municipais (Trofa de 2002 a 2003 e Lousada de 2002 a 2014), formadora na área comportamental, educacional e saúde em vários centros de formação e trabalha como profissional de reconhecimento em duas escolas públicas.	14 Anos
E11	Feminino	63	Enfermeira e Mestra de Reiki	Enfermeira aposentada (enfermeira supervisora, médico-cirúrgica, especialidade oncologia no HSJ). Atualmente Terapeuta de Reiki e Coordenadora do projeto de voluntariado de Reiki na unidade de isolamento de hemato-oncologia do Hospital de S. João no Porto.	8 Anos
E12	Masculino	39	Naturopata e Professor Universitário.	Licenciado em Biologia e Mestre de Medicina Natural. Atualmente é professor internacional, terapeuta e diretor da EMAC- Escola de Saúde Integral.	11 Anos

* Sem informação

Capítulo 3

Apresentação e Discussão de Resultados

3.1– Introdução

Este capítulo destina-se à apresentação e discussão dos resultados obtidos através da aplicação das entrevistas em profundidade. A informação foi organizada de acordo com o Modelo Interactivo de Análise de Dados proposto por Miles e Huberman (1984, citado por Léssard- Hébert et al, 1990), e tratada através da análise do conteúdo. A síntese da informação foi agrupada em cinco categorias extraídas das unidades de registo formuladas no guião de entrevistas e vai ser apresentada em matrizes conceituais.

3.2– Conhecimento em torno das Medicinas Complementares e Alternativas

3.2.1 – Do (Des) conhecimento ao Posicionamento

Através das entrevistas realizadas aos informadores privilegiados conseguimos extrair informação importante que nos permitiu perceber o nível de conhecimento assim como o posicionamento destes profissionais relativamente a esta nova abordagem da saúde proposta pela corrente holística. Assim, constatámos que o conhecimento dos entrevistados sobre as MCA diverge de acordo com a formação académica ou experiência de vida que lhe subjaz. Dentro desta lógica, verificámos que o conhecimento das MCA chegou a estes profissionais de diversas formas tais como formação académica, via estudo ou leituras sobre a temática, conversas entre colegas, familiares, médico/paciente ou ainda porque em alguns episódios da vida foram confrontados com a necessidade de recorrer a este tipo de práticas para complementar e/ou substituir tratamentos já iniciados pela medicina dominante. As seguintes passagens discursivas corroboram isso mesmo:

“Tive necessidade de recorrer a um tratamento complementar devido a um problema de saúde de difícil resolução.” E1

“Travei conhecimento com as MCA através de leituras efetuadas sobre a matéria.” E2

“É um assunto que tem vindo a ser muito discutido nos últimos anos e por vezes até são mencionadas pelos pacientes nas minhas consultas.” E3

“Como paciente conheço a fitoterapia, recorro à acupunctura, à osteopatia e massagem de relaxamento. A nível de estudos fiz um master de dois anos em que se abordaram medicinas complementares como a homeopatia e acupunctura apesar de o estudo ter sido mais aprofundado na fitoterapia.” E4

“Conheço e utilizo desde pequena. Era uma criança consideravelmente ansiosa e frequentei consultas de Acupuntura e Fitoterapia. (...) [Em relação ao] reiki - tive o primeiro contacto por volta do ano 2002. (...) Sou mestre de Reiki. (...) Já frequentei algumas consultas de Medicina Quântica, por sugestão de uma amiga de família, pois apresentava sintomatologia depressiva e ansiogénica.” E10

“Conheci o reiki através de uma amiga também enfermeira que frequentava a terapia. Estavam a acontecer-me situações muito esquisitas a nível profissional e decidi experimentar uma sessão de reiki e até hoje o reiki ficou presente na minha vida. Sou responsável pelo projeto de reiki no serviço de hemato-oncologia do [identifica o Hospital].” E11

A análise da informação possibilitou constatar que o domínio do conceito das MCA está genericamente presente nos entrevistados, isto é, apresentam uma noção do conceito muito próxima da concetual. Apesar de alguns não estarem diretamente ligados a estas práticas conseguem defini-las e enumerá-las. A base de suporte deste dado tem a sua origem nas passagens discursivas que se seguem:

“São tratamentos não invasivos, recorrendo a produtos naturais ou terapias não convencionais.” (...) Conheço a acupuntura, o reiki, a homeopatia kinesiologia e a naturopatia.” E1

“São um complemento à medicina tradicional. (...) Conheço as terapias de reiki, homeopatia, osteopatia e acupuntura.” E2

“Penso que é uma medicina que complementa e que, por vezes, serve de alternativa para a medicina dita tradicional. Passa também por outras formas de encarar a medicina e os problemas, bem como formas diferentes de os resolver. (...) Conheço e procuro as terapias de reiki porque ajudam as pessoas a enfrentar os problemas. (...) ” E3

“O termo MCA remete-me para o complemento à medicina convencional que se exerce no ocidente, uma vez que no oriente é precisamente ao contrário e as MCA são a base do tratamento e da prevenção das doenças. No nosso país utiliza-se o termo alternativo mais que o complementar uma vez que a medicina que está implementada é a medicina mais tradicional. (...) Conheço a fitoterapia, a acupuntura, a osteopatia, a massagem de relaxamento e a homeopatia.” E4

“Trata-se de um conjunto de tratamentos alternativos à medicina convencional que criam benefícios à saúde de forma natural, ou seja, prescindem do uso de fármacos (químicos). (...) Conheço o reiki. (...) a acupuntura, (...) a reflexologia (...) a medicina quântica (...) e a fitoterapia (...).” E10

Embora o conhecimento das MCA pelos entrevistados seja consciente e razoável, este não é transversal a toda a sociedade. Aludem que *“(...) existe pouca informação tanto dos médicos como dos pacientes e ainda são pouco recomendadas pelos médicos de família que são os principais técnicos de saúde em contacto com a população.” (E2)* A escassez de informação e o desconhecimento traduz-se (na maior partes dos casos) numa atitude de defesa e retraimento por parte da generalidade dos médicos limitando o direito de escolha dos seus pacientes *“(...) Os médicos que os assistem não querem colaboração. Em casos mais graves dizem aos pacientes que se consultarem médicos não convencionais deixam de os seguir.” E12*

Este posicionamento fomenta o estigma e a passividade que se reflete em comportamentos de resistência por parte da comunidade médica fruto da hegemonia da classe e

o medo dos pacientes em optarem sem o consentimento dos médicos por outras abordagens de cura. Esta ideia encontra-se patente nas passagens discursivas que se seguem:

“ (...) antes de dizer à pneumologista da minha mãe, que tinha procurado alternativas nas MCA, pensei duas vezes antes de o fazer, porque sei que nem todos os médicos aceitam e compreendem os pacientes quando fazem o mesmo que eu fiz pela minha mãe.” E4

“ (...) os pacientes ocultam as consultas e tratamentos que fazem nas MCA, pois têm algum receio (e muitas vezes com fundamento), de que o seu médico exerça retaliação.” E8

“ (...) em alguns casos os médicos sabem e não manifestam qualquer tipo de contrariedade. Noutros casos não, isto deve-se à resistência que os pacientes vêem nos médicos relativamente às MCA e ao medo de serem censurados por estarem a utilizar estas práticas.” E9

“As instituições na sua maioria estão preparadas fisicamente e estruturalmente para todas estas terapias e tratamentos, (...) porém ainda temos a resistência dos profissionais de saúde que no local laboram.” E7

A resistência em relação à prática das MCA leva a que alguns profissionais que acreditam nestas medicinas como método terapêutico se sintam constrangidos em tornar públicos os seus posicionamentos. Como exemplo, temos o testemunho de um dos participantes do estudo que no exercício da sua profissão recorre às MCA sem dar conhecimento ao paciente. Este comportamento é sustentado pela seguinte declaração *“(...) desde o primeiro nível, pratico, ocasionalmente, o reiki com outras pessoas, em situações informais, tais como junto de familiares e amigos e nas consultas de psicologia (...), sem dar conhecimento ao cliente, pois pode ficar confuso, uma vez que procurou uma consulta de psicologia e não uma sessão de reiki.” E10*

Apesar dos constrangimentos e da débil informação referida pelos entrevistados, começam paulatinamente a surgir exceções que são indicadores de uma crescente abertura e recetividade tanto no seio dos médicos como dos pacientes, o que contrasta com a argumentação supracitada. *“ (...) Cada vez mais há informação fidedigna destas terapias complementares e, em Portugal, neste momento, foram reconhecidas e regulamentadas por Lei. Por isso, chegam a nós recomendados por terceiros e até por médicos de outras especialidades ou por conhecimento próprio do paciente.” E6*

Assim, o lobby médico começa a sentir necessidade de procurar informação mais profunda sobre este fenómeno. Verifica-se a existência de *“(...) organizações de médicos a formarem-se nas medicinas complementares como a acupunctura, a homeopatia, a osteopatia e outras.” E7*, contribuindo para o reconhecimento e aceitação destas terapias. É importante que esta aceitação se verifique tanto a nível profissional como pessoal. Um dos informadores privilegiados afirma que *“(...) alguns médicos e enfermeiras do [identifica o Hospital] (...) já experimentaram e começam a encaminhar mais pacientes para a consulta de reiki. (...)” E11* representado assim uma mudança de paradigma, abrindo caminho à mudança e à integração destas medicinas nos cuidados primários de saúde.

A evidência de que “(...) a medicina integrativa é, cada vez mais, uma realidade nos países ocidentais pelos bons resultados apresentados” E6 aumenta a procura e desperta consciências.

“Qualquer terapia não invasiva em que o objetivo claro é promover o bem-estar da forma mais natural possível é sempre promotora de qualidade de vida e deve integrar os cuidados primários de saúde.” E1

Os depoimentos apontam para a necessidade de criar políticas que se ajustem a esta nova visão de saúde sendo do consenso geral que o “ (...) enquadramento legal, seria uma mais-valia para todos, profissionais e pacientes, a informação fluiria de forma mais eficaz e a articulação entre profissionais muito mais credível.” E8 Desta forma, “(...) o recurso a estas práticas não seria encarado pelos utentes como uma “alternativa” ou “substituto” à medicina convencional, mas sim, como um complemento desta”. E8

Em suma, “ (...) é preciso fazer ainda um trabalho de fundo e mudança de hábitos e mentalidades.” E12 para que as MCA sejam aceites e se constituam legitimamente como mais uma opção de saúde.

3.2.2 – Vantagens e Desvantagens

Depois de percebermos o nível de conhecimento e a postura que os nossos entrevistados têm em relação às MCA considerámos pertinente questioná-los sobre os benefícios e/ou malefícios que estas terapias produzem. Luz (2005) defende que estas terapias são usualmente procuradas para alívio das dores ou para tratamento de doenças crónicas na qual a medicina convencional não tem uma resposta eficaz e cujo tratamento é muito invasivo. Recorrem geralmente a fármacos muito agressivos com efeitos secundários preocupantes. As MCA aparecem, assim, como resposta retificativa e complementar oferecendo propostas mais naturais e menos invasivas (Xavier, 2001). Neste sentido, quisemos aferir em que medida estas afirmações faziam, ou não, sentido para os nossos entrevistados.

Esta unidade de registo reuniu o consenso de todos os nossos entrevistados. A maior parte considera que “(...) as MCA são uma mais-valia para todas as pessoas em qualquer idade. (...)” E8. Consideram ainda que estas melhoram a qualidade de vida e a visão holística que a si associada “(...) promove o bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual do indivíduo em qualquer idade.” E11

As vantagens mais referidas estão relacionadas com o alívio das dores, a diminuição dos fármacos e os excelentes resultados no tratamento de doenças crónicas. As passagens discursivas que se seguem sustentam estas conclusões e refletem o pensamento da maioria dos participantes:

“As MCA melhoram consideravelmente a qualidade de vida (...) tornam desnecessário o uso de fármacos mais agressivos. (...) Consegue-se reduzir consideravelmente a dor (...) que já não é possível com os fármacos convencionais.” E4

“ (...) estas terapias têm bons resultados a nível da dor crónica, por exemplo a acupunctura e a osteopatia.” E2

“ (...) servem para tentar evitar que haja uma sobrecarga de medicação nos pacientes, (...) melhorar o seu conforto.” E3

No entanto, foram reportados outros aspetos considerados muito positivos em várias patologias: reduzem o desconforto, retardam o envelhecimento, aumentam a mobilidade, fortalecem o organismo, atuam em situações de depressão, fazem subir os valores da imunidade e subsequentemente “ *a diminuição das patologias*” E8. Assim está descrito nos testemunhos que passamos a transcrever:

“ (...) temos resultados muito bons em problemas relacionados com o sono e referem sentir-se muito melhor, ficam mais aliviados têm melhor postura.” E5

“Melhora a energia, a locomoção, a auto estima, sequelas de AVC’S, sistema imunitário, etc. (...) E6

“ (...) melhora a capacidade funcional, melhora a ansiedade, atua nos sintomas de depressão, equilibra o sono, o humor, fortalece o organismo, melhora o convívio social.” E5

“(...) ajuda a melhorar os sintomas das doenças e faz subir os valores da imunidade. (...) alguns exemplos concretos: ajuda a relaxar, controlar a ansiedade, melhora a autoestima, auxilia a vencer o sofrimento e ajuda a morrer com serenidade.” E11

“ (...) estimula a coordenação motora e o equilíbrio estático e dinâmico; melhores resultados na mobilidade (...) ” E7

“Aumento da vitalidade, diminuição dos sintomas do envelhecimento, tratamento de doenças relacionadas com a idade.” E12

As vantagens destas terapias podem ser comprovadas segundo os nossos informadores privilegiados “ *(...) em instituições hospitalares onde, por exemplo, a massagem foi introduzida como terapia diária, começaram a reduzir a administração de analgésicos e os pacientes tem alta muito mais rapidamente que pacientes tratados apenas com a medicina convencional.*” E8 Por exemplo no “*(...) projeto de voluntariado de reiki no serviço de hemato-oncologia do [identifica o Hospital] verificam-se melhorias gritantes dos efeitos secundários da quimioterapia.*” E11

Das muitas vantagens associadas a estas terapêuticas os nossos entrevistados destacaram que as MCA “*Promovem a humanização dos cuidados prestados.*” E1. Este indicador revela a importância da relação médica/doente que, atualmente, é apontada como uma das causas que levam os indivíduos a utilizar as MCA. Relativamente a esta questão, Xavier (2001) refere o

descontentamento da relação médico/doente na medicina convencional que remete “(...) o doente para um papel passivo ou condescende perante a decisão médica” (p. 24).

Relativamente às desvantagens também houve unanimidade. Para estes profissionais os aspetos negativos a apontar estão relacionados com “(...) a formação e a falta de regulamentação, permitindo que qualquer curioso, sem qualificação, possa exercer a profissão, (...) restrições legais com o objetivo de proteger a medicina, o não for reconhecido pela classe médica portuguesa, não será comparticipada pelo Sistema Nacional Saúde.” E7 Outros pontos reuniram uma conotação negativa nomeadamente o “(...) custo (que não é real tendo em conta o dinheiro que os idosos gastam em medicação) (...)” E8 e a “(...) não comparticipação da Segurança Social “ E7 nas consultas e tratamentos. No entendimento de um dos nossos entrevistados “(...) atualmente são os números que contam independentemente da eficácia dos tratamentos e da qualidade dos serviços.” E7 Este fator também está presente nos testemunhos dos restantes participantes que concordam com a criação de mecanismos de integração para tornar estas medicinas disponíveis a todos. Esta questão será debatida nos próximos pontos.

3.2.3 – Articulação com as Práticas Convencionais

Koithan (2009) defende que o campo das MCA é heterogéneo, abarcando uma miríade de abordagens e modalidades terapêuticas que a medicina convencional habitualmente não compreende, estuda, aceita, usa ou torna disponível. Porém, as MCA reúnem um leque de conhecimentos e habilidades que são usadas para prevenir, diagnosticar e manter a saúde que aplicadas em conjunto com as práticas biomedicinas, podem proporcionar uma resposta mais completa, eficaz e menos invasiva (WHO, 2013). Neste sentido, pretendemos aferir o parecer dos participantes relativamente à colaboração dos profissionais que exercem ambas medicinas e de que forma essa colaboração se pode desenvolver.

Os depoimentos recolhidos sobre esta questão sugerem que “em Portugal ainda não acontece com a frequência que seria necessária (...)” E8, contudo, faz todo o sentido “porque não podemos negar que as pessoas utilizam cada vez mais as novas alternativas de tratamento e algumas das terapias merecem crédito porque já estão a ser utilizadas em Hospitais e Centros de Saúde. (...)” E2

Esta análise indica que a totalidade dos entrevistados se posiciona a favor de uma proximidade entre estas duas medicinas e que a colaboração deve ser efetiva. A mais-valia da complementaridade ressalta dos seus discursos como se pode testemunhar nas passagens que se seguem:

“ (...) Considero importante esta articulação (...) para mim as duas práticas complementam-se. Embora não tenha muita experiência na área acredito nos resultados destas terapias!” E3

“A articulação será benéfica, do meu ponto de vista, no sentido de complemento, podendo as MCA dar resposta a questões em que a medicina não é tão eficaz, casos crónicos de dor por exemplo, ou potenciar o tratamento da medicina convencional, sendo as duas aplicadas em simultâneo (...).” E5

“Na minha opinião os utentes só têm a ganhar com a articulação destas medicinas, pois não são antagónicas, mas, pelo contrário, complementares. E, mais que tudo, os utentes passam a ter uma melhor assistência e, acima de tudo, um maior bem-estar.” E6

“As duas áreas complementam-se, pelo que seria importante essa articulação. As não convencionais são fundamentais na prevenção das doenças, bem como no tratamento continuado, por outro lado a biomédica trata os casos mais agudos e intervém em casos limites como por exemplo as intervenções cirúrgicas que são tão importantes e podem salvar a vida do doente.” (E9)

“ (...) considero que as MCA são um forte complemento à Medicina Tradicional. Conjuntamente, levará, com certeza, a resultados mais consistentes (...)” E10

“A colaboração das duas práticas é essencial porque ajuda a complementar e deviam andar lado a lado. (...) Esta minha formação como terapeuta de reiki juntamente com os conhecimentos adquiridos na minha licenciatura em enfermagem, isto é conhecimento científico e fisiopatológico permitem-me ter uma abordagem mais completa da situação e diminuir mais rapidamente os sintomas. Com estes dois saberes fico com mais conhecimento para ajudar.” E11

Podemos constatar pelo exposto que a concordância e a complementaridade são as palavras chave deste ponto. Contudo, existem algumas questões que podem vir a constituir um problema e devem ser salvaguardadas para que esta parceria seja viável, como por exemplo a prescrição dos medicamentos. Consciente dos constrangimentos que possam surgir, um dos nossos entrevistados refere que *“o mais complicado será a parte que interferir com a componente médica, por exemplo a nível dos fármacos que neste momento são da responsabilidade dos médicos. Irá tornar-se um inconveniente porque a classe médica ainda não está preparada para partilhar e/ou delegar essa função como já acontece noutros países como é o caso da França. Será complicado no sentido em que irá competir com a área médica.” E4*

Apesar dos obstáculos que possam advir desta possível articulação, começa a verificar-se uma vontade de cooperação, ainda que ténue. Os caminhos vão-se cruzando e já existem alguns casos de colaboração como podemos apurar nas declarações infra:

“No [identifica o Hospital], na Consulta da Dor, os doentes podem usufruir mediante avaliação da sua situação clínica de acupuntura. Penso que é um bom começo.” E4

“ (...) já tenho colaborado com alguns médicos no âmbito do acompanhamento de pacientes com o intuito de entenderem a «nossa» intervenção ou para conferenciarem .” E6

“Eu consigo em alguns casos trabalhar em sintonia com ortopedistas porque tenho a licenciatura em osteopatia que é reconhecida pelo estado. (...) Porém, poucos serão os terapeutas com licenciaturas na área que têm essa possibilidade.” E7

“No meu caso sim. Os casos que me chegam às mãos são encaminhados pelos médicos do serviço com o consentimento do paciente (...).” E11

Para que o entendimento entre os profissionais de ambas as práticas seja profícuo, as instâncias públicas têm um papel importante a desempenhar. Devem estar abertas a novas formas de praticar medicina quebrando barreiras e criando ferramentas que possibilitem a união de esforços em benefício dos utentes. A este respeito um dos entrevistados defende que *“a segurança social tem (ou deveria ter) sempre interesse em trabalhar com qualquer serviço de saúde que procure responder da melhor forma possível aos seus utentes, não reduzindo os cuidados à resposta das necessidades básicas mas procurando sempre formas de promover a qualidade de vida (...).” E1* Para isso deve existir *“ (...) uma entidade responsável (e.g., ACSS) por esta articulação e que prestasse esse serviço.” E3* Esta entidade estabeleceria *“ (...) protocolos em conjunto com o SNS para que funcionassem da mesma forma que as outras especialidades médicas convencionais, por exemplo a reumatologia, a fisioterapia, a fisioterapia e outros.” E6*

3.2.4 – Integração no Serviço Nacional de Saúde

O SNS é composto por um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde que funcionam sob a tutela do Ministério da Saúde. Foi criado no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, pela Lei n.º 56/79 de 15 de setembro (Lei Arnaut) e tem como intuito responsabilizar o Estado pela proteção da saúde individual e coletiva assim como assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição (Lei 56/79).

A lei que regulamenta a sua ação consagra entre outros direitos: o acesso ao SNS a todos de forma tendencialmente gratuita, a liberdade na escolha do prestador do serviço de saúde e o direito a prestações de serviços de saúde pelo Estado. Resolvemos destacar o direito aos *“cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença”* (idem) porque está associado à questão que abordamos neste ponto. Como já foi referenciado neste estudo, as MCA atuam no sentido da promoção, manutenção e prevenção da saúde e como tal possuem legitimidade para virem a integrar este sistema, sendo que já estão tipificadas na lei (lei nº 71/2013). Perceber de que forma os nossos informadores privilegiados se posicionam sobre esta matéria foi um desafio que lhes colocamos ao qual responderam de forma objetiva.

Os participantes deste estudo foram peremptórios no “sim” à integração das MCA no SNS e manifestaram-se abertamente sobre as possíveis formas em que essa integração deveria ser executada. Defendem que as MCA *“deveriam integrar o Plano Nacional de Saúde, participadas pelo SNS como são as outras especialidades constituindo-se como uma terapia.” E1* e que estas terapias (...) *deviam de deixar de ser encaradas como as terapias do chazinho até porque têm bases científicas e só trazem benefícios para o doente (...).” E4* para

eles já é tempo de considerarem as MCA “ (...) *como uma especialidade de recurso que possa ser recomendada pelos médicos à semelhança do que já se faz com as várias especialidades médicas instituídas.*” E3

Esta integração facilitaria o acesso a “*mais pessoas, haveria um maior controlo e segurança (...)*” E2 para além disso o “*(...) paciente teria acesso a mais informação podendo fazer mais escolhas. Mas para que isso se concretize tem que existir legislação que estabeleça o conteúdo de funcionalidade, isto é, em que moldes se vai praticar e garantir os valores de conduta, a segurança e a ética entre as duas medicinas.*” E11 “*(...) deve também ser supervisionada por técnicos diferenciados na área e pela ordem dos médicos e estar disponível na cadeia pública de saúde como acontece com as outras especialidades médicas tradicionais.*” E2

A utilização dos recursos logísticos já existentes na estrutura do SNC é escolhida pelos nossos entrevistados como uma das soluções possíveis para desenvolver as MCA, isto é, “*a implementação no SNS deve (...) ser feita a nível ambulatorio e hospitalar, ou seja, nos Centros de Saúde e nas Unidades Hospitalares.*” E6 à semelhança do que atualmente se pratica no nosso país “*as pessoas que vão à consulta da dor são posteriormente encaminhadas para o tratamento mais adequado ao seu caso (e.g., acupunctura, fisioterapia, medicamentoso e outros) (...) este sistema poderá ser alargado a outras especialidades integrando desta forma as medicinas alternativas.*” E5

Relativamente à questão económica que está associada a esta integração o investimento a efetuar pelo Estado não será um argumento para a exclusão, na opinião destes profissionais “*(...) a utilização das MCA conduz a uma redução nos custos com gastos na saúde (...)*” E6 “*(...) os gastos que a população tem com os medicamentos, apesar de serem comparticipados, são elevados (...) provavelmente não seriam necessários se esse dinheiro fosse gasto na prevenção que muitas vezes passa por uma alimentação de qualidade e fármacos que apesar de não terem sido testados pelo lobby farmacêutico poderiam obter resultados muito superiores.*” E4

Embora a agregação das MCA no SNS seja uma necessidade apontada pelos informadores privilegiados, estes não deixaram de referir uma preocupação que se relaciona com a qualidade dos serviços. “*(...) Observando que a qualidade dos cuidados de saúde nas instituições públicas é inferior às instituições privadas, a inclusão por exemplo do Reiki no SNS poderá eventualmente reduzir a sua qualidade. Vai efetivamente chegar a mais pessoas o que é uma mais-valia mas a falta de recursos humanos e financeiros poderá levar a uma diminuição da qualidade da terapia um pouco à semelhança dos serviços médicos agora prestados pelo serviço público de saúde.*” E4

Em suma, “*a prática biomédica assume-se como um bem irrefutável disponível ao ser humano, assente em fundamentação científica. No entanto, ainda não existe consciência generalizada de que, as MCA têm um passado que ascende, a 5 milhares de anos. E como tal,*

existem mundialmente profissionais muito credíveis na área, com experiência e sabedoria muito válidas para contribuírem para a prática da medicina não convencional totalmente credível.(...) Mais do que a intervenção de um profissional de saúde, o doente deverá ter o papel principal, no seu bem-estar físico, mental e espiritual. Para tal, as duas práticas, convencional e não convencional, deveriam atuar de mãos dadas e por isso, ser integradas.” E4

3.2.5 – Uso das MCA pela População Idosa

Dado que estamos a fazer um Mestrado em Gerontologia Social e tendo consciência dos benefícios que as MCA podem trazer para a saúde do indivíduo, pretendemos aferir o nível de conhecimento das pessoas idosas sobre esta temática, assim como de que forma estas medicinas podem contribuir para melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

Segundo informações retiradas do Plano Nacional de Saúde (2012-2016) atualmente assiste-se a um aumento da longevidade da população e a uma crescente utilização dos medicamentos que geraram um acréscimo nas despesas de saúde e potenciam os gastos do Estado. As pessoas idosas constituem-se como um dos principais consumidores de medicamentos devido a doenças que estão associadas à sua idade (e.g., múltiplas patologias e polimedicação). Partindo destes indicadores considerou-se pertinente aferir o grau de conhecimento, a incidência de utilização e benefícios que as MCA podem proporcionar ao público idoso. Dentro desta lógica solicitamos aos nossos informadores privilegiados que nos reportassem a sua visão sobre esta questão servindo-se da sua experiência profissional. Os resultados não surpreenderam tendo em conta a literatura, mas constituíram-se importantes.

Na perspetiva dos nossos entrevistados “ (...) *as MCA atuam de forma holística sobre o indivíduo (...) possibilitando bem-estar físico e emocional. (...).*” E2 “(...) *No caso do idoso propenso a doenças crónicas ajudam a aliviar os sintomas gerais da doença*” E11 e a reduzir a medicação uma vez que “*os idosos tomam medicação para tudo e muitas vezes estes medicamentos provocam dependência e efeitos secundários.*” E5

Estas terapias (...) são um excelente contributo na promoção e melhoria da qualidade de vida do idoso, quer a nível das dores e maleitas próprias da idade, quer contribuindo para a melhoria da saúde estrutural, permitindo maior/melhor mobilidade, saúde emocional melhorando o estado de espírito e integração social, assim como a saúde bioquímica, reduzindo/atrasando o desenvolvimento de patologias normalmente associadas à velhice.” E8

Infelizmente, em Portugal as MCA ainda não são cabalmente reconhecidas “ (...) *uma grande parte dos idosos desconhece a existência das mesmas, pois não existiu, nem existe uma sensibilização adequada neste sentido.*” E10 Contudo, “(...) *quando lhes é explicado não apresentam resistência.*” E11

O acesso das pessoas idosas a estas terapias também é deficiente. O custo e a não participação do SNS são uma das razões apontadas como inibidores do uso destes serviços pelos mais velhos. Os excertos infra validam estes dados:

“Não chegam aos idosos porque apresentam custos elevados e não são compartilhadas.” E1

“ (...) Os idosos não têm capacidade financeira, (...) se estas terapias pudessem chegar aos idosos sem a questão financeira penso que seria muito benéfico.” E3

Relativamente ao custo, os nossos entrevistados quiserem realçar que o custo associado às MCA é um indicador que induz ao erro. Se pensarmos que *“um grande número de idosos gasta as suas reformas em medicamentos para o colesterol e outros, e que esse gasto poderia ser reduzido se o idoso utiliza-se as potencialidades das MCA, por exemplo da Acupuntura, do Reiki e da Osteopatia. Estas são questões que devem ser analisadas pelos responsáveis pela nossa saúde.” E4*

Aparentemente e tendo por base os resultados obtidos, verifica-se uma fraca afluência dos idosos a estas medicinas pelas razões supracitadas. Todavia, estas terapias já vão chegando a alguns idosos que as procuram *“(...) sozinhos ou através dos filhos. Isto porque sempre tiveram o hábito do recurso ao “endireita” e a mezinhas caseiras.” E12* Verificamos também que os idosos são encaminhados para estas terapias por (...) *amigos, familiares e alguns profissionais de saúde.” E9* e procuram essencialmente *“uma alternativa que os possa ajudar a melhorar, algo que até ao momento não conseguiram resolver ou aliviar.” E5*

As situações que levam os idosos a recorrer às MCA são diversas nomeadamente, *“(...) doenças reumáticas, cardiovasculares, de memória (...),” E12 “ (...) doenças músculo esqueléticas, gástricas e intestinais, orientação alimentar”, E7 “diminuição do sistema imunitário e outras.” E6* O relacionamento médico/doente foi outra das razões que motiva a procura. Verifica-se uma grande proximidade entre o doente e o terapeuta *“(...) muitas vezes nas consultas basta ouvir as queixas que os idosos apresentam para que saiam melhores e sem receitas para levantar na farmácia.” E7 “(...) a partir daí desenvolve-se um relacionamento de confiança que se traduz no tratamento de outras patologias.” E8*

Concluimos este ponto com a convicção de que as MCA são um recurso que pode contribuir positivamente na saúde e bem-estar do idoso. *“A falta de informação e as ideias ainda muito enraizadas na população idosa, como a comparticipação dos medicamentos pelo SNS e a dependência doentia dos médicos tornam o processo de adesão mais moroso. Ainda há muito trabalho a ser feito para que a mudança de mentalidades seja uma realidade e que os idosos possam usufruir das vantagens que as MCA lhe podem proporcionar.” E8*

3.3 – Discussão

Após apresentação da informação recolhida, segue-se uma breve discussão dos resultados obtidos através da aplicação das entrevistas em profundidade. Neste tópico iremos confrontar as opiniões defendidas pelos nossos informadores privilegiados sobre a matéria em estudo com a revisão teórica efetuada no capítulo 1. Assim, começo por relembrar os dois objetivos delineados:

1. Aferir o posicionamento de profissionais de saúde afetos à medicina convencional e à medicina não convencional relativamente ao contributo das MCA na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas em geral e das pessoas idosas em particular;
2. Averiguar a importância da articulação das práticas não convencionais com as biomédicas, assim como a sua integração no SNS.

Os objetivos supracitados traduziram-se em cinco unidades de análise com o intuito de afunilar a informação de forma a conseguir apurar o âmago da problemática. Passamos então à discussão.

Relativamente à unidade de análise intitulada *Do (Des) conhecimento ao Posicionamento* verificamos que o conhecimento dos entrevistados sobre as MCA está acima do que é referenciado na literatura. Este conhecimento resulta de experiências pessoais que os levou à utilização destas terapias e de leituras ou estudos efetuados colocando-os numa situação de exceção. Contudo, nos seus discursos confirmam o que é defendido na revisão teórica que aponta para um desconhecimento da maior parte dos médicos sobre esta matéria. Miranda (2010) refere que estes profissionais apresentam um elevado grau de desconhecimento em relação às MCA e que apesar de não estarem familiarizados com estas medicinas, um número significativo já aconselhou e/ou desaconselhou os seus pacientes à sua utilização. Este último facto contradiz o que foi transmitido pelos informadores privilegiados que referem que normalmente os médicos tendem a não recomendar estas terapias.

Foi também apurado nesta análise que o desconhecimento leva a comportamentos socialmente construídos e que na maior parte dos casos dissemina atitudes de resistência e de estigma em relação às terapias, aos terapeutas e aos pacientes que ocultam a utilização de terapêuticas não convencionais ao seu médico reduzindo as suas opções de escolha. Estes dados confirmam a opinião dos autores consultados que relatam ser

“ (...) frequentemente e usualmente omitido pelos pacientes em entrevista médica e de enfermagem. Da mesma forma, que a equipe médica não parece incluir este tipo de questionamento durante as entrevistas com o paciente.” (...) “o tema MCA deveria receber mais atenção e um olhar menos arrogante da comunidade médica” (Leal et al., 2008, pp. 481-482).

Apesar de se verificar este tipo de comportamentos, a literatura e os participantes deste estudo estão em sintonia no que se refere a um aumento de abertura dos médicos convencionais às MCA. Diversos factores surgem como impulsionadores desta mudança nomeadamente o aumento da popularidade destas terapias, a insatisfação dos médicos e dos utentes com o atual sistema de saúde e a necessidade de procurar informação para puderem orientar os seus pacientes (Teixeira et al., 2004). Silva e Tesser (2013) referem ainda a existência de estudos que mencionam o desejo de estudantes de medicinas de vários países em ter formação nas MCA para posteriormente as puderem utilizar com segurança e como ferramentas na sua prática clínica.

A segunda unidade de análise intitulada *Vantagens e Desvantagens* debruça-se sobre os aspetos positivos e/ou negativos que estas medicinas podem trazer para o campo da saúde e subsequentemente para os seus utilizadores. Mais uma vez assistimos a afinidades entre os resultados apurados e a revisão bibliográfica. As vantagens apontadas passam pelo reconhecimento das mais-valias destas práticas e o contributo das mesmas na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida. Os benefícios que suscitaram maior consenso foram os relacionados com o alívio da dor, mais concretamente a dor crónica, e com a diminuição dos fármacos. Esta opinião é partilhada por Policarpo (2012).

As desvantagens que sobressaíram dos testemunhos remetem essencialmente para a falta de regulamentação e de formação e para o custo. Existem vários estudos que confirmam estes pontos negativos e que acrescentam a falta de regulamentação dos produtos (WHO, 2004) e a insegurança e falta de eficácia das MCA (NCCAM, 2014).

Na terceira unidade de análise intitulada *Articulação com as Práticas Convencionais* os resultados apurados referem que a colaboração entre profissionais de ambas as medicinas é importante embora na realidade essa colaboração seja escassa. Autores como Spadacio et al. (2010) referem estudos que comprovam a importância da comunicação e da existência de boas relações profissionais entre os terapeutas das MCA e os médicos convencionais. Esta relação de complementaridade tem um impacto positivo na experiência terapêutica dos doentes.

Ressalta dos dados analisados a ideia de que esta articulação poderá originar alguns atritos uma vez que mexe com questões de competência médica. A literatura menciona exemplos que confirmam esta questão. O eterno problema de quem faz o quê é mencionado por Manzini et al. (2008) que refere uma polémica portaria publicada no Brasil que foi severamente critica pelo *lobby* médico por não clarificar que os diagnósticos e as prescrições devem ser exclusivas a profissionais de medicina, incidente já reportado no capítulo 1.

A quarta unidade de análise intitulada *Integração no Serviço Nacional de Saúde* revela que todos os entrevistados são a favor de uma possível integração das TNC no SNS e que este deve compartilhar as despesas com estas terapias. Salientam ainda que esta integração facilitaria o acesso das MCA a mais pessoas. Estas conclusões são também defendidas por

Miranda (2010) quando afirma que uma grande maioria de médicos considera que as MCA devem ser incluídas no SNS e que estas têm potencial para ser benéficas para os utentes. A supervisão desta integração, na opinião dos participantes deste estudo, deve ser efetuada por técnicos diferenciados e pela OMP e estar disponível no SNS como acontece com as especialidades médicas dominantes. Relativamente a esta questão a investigadora não conseguiu encontrar dados bibliográficos que lhe permitam fazer a comparação/confrontação. Temos consciência, que esta questão é pertinente e que poderá ser respondida em futuras investigações.

Nesta unidade de análise constatamos que os entrevistados consideram que a implementação das MCA no SNC deve ser desenvolvida nos Hospitais e Centros de Saúde. Este dado está em concordância com o que já vem a ser feito em várias estruturas públicas um pouco por todo país, tendo como exemplo o Hospital de Coimbra já mencionado no ponto 1.4 deste trabalho que se refere ao Retrato das MCA em Portugal. Outro aspeto referenciado nesta unidade pelos participantes no estudo é que o investimento do Estado na integração não poderá ser um fator de exclusão. Esta afirmação poderá ser verdadeira uma vez que na perspetiva de Tavares (2010), nesta dimensão há que considerar dois aspetos: o interesse comercial das MCA no mercado de serviços de saúde e o baixo custo que estas medicinas oferecem comparativamente com as práticas biomédicas.

A última unidade de análise intitulada *Uso das MCA pela População Idosa*, refere que os dados apurados enfatizam os benefícios que estas terapias lhes podem oferecer, a falta de conhecimento das pessoas idosas, e a dificuldade de acesso às terapias. No entanto esta informação é contrariada pela literatura que afirma que apesar de estar instituído que os idosos são vistos como consumidores improváveis das MCA, os estudos apontam o contrário. Moses (2005) refere que a população idosa utiliza com mais frequência as práticas não convencionais comparativamente com a população mais jovem. As razões que levam os idosos a utilizar as MCA prendem-se com doenças crónicas, músculo esqueléticas entre outras que são confirmadas pelos dados recolhidos e pelos vários autores (e.g., Leite, 2010; Moses, 2005) .

Reflexões Finais

As MCA constituem-se um fenómeno no novo paradigma da saúde. A popularidade, a procura, a oferta e a controvérsia que estas terapias geram motivaram a investigadora, também ela utilizadora há vários anos, a tentar aprofundar os seus conhecimentos e partilhá-los numa perspetiva científica. A integração dos idosos nesta temática ocorreu no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social. Neste sentido, e conscientes de que as pessoas idosas são um grupo com maior prevalência de doenças crónicas e os principais consumidores de medicamentos, consideramos pertinente conjugar estes dois indicadores e aferir a especial pertinência do uso das MCA pela população idosa. No entanto, rapidamente percebemos que a dimensão do contributo das MCA na saúde não poderia ser condicionada a um só grupo da população. Assim, repensámos a questão e formulámos dois objetivos que nos permitissem aferir considerações sobre as pessoas idosas mas também sobre a população em geral. No primeiro objetivo propusemo-nos aferir o posicionamento de profissionais de saúde afetos à medicina convencional e à medicina não convencional relativamente ao contributo das MCA na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas em geral e das pessoas idosas em particular. No segundo, concentramo-nos em averiguar a importância da articulação das práticas não convencionais com as biomédicas, assim como a sua integração no SNS. Para isso, decidimos recolher testemunhos de profissionais de ambas as medicinas (convencional e não convencional) com o intuito de escutarmos diferentes vozes sobre esta matéria melhoria.

Os posicionamentos apurados foram justificados à luz do reconhecimento de vantagens das MCA, tais como o alívio da dor, sobretudo crónica, a diminuição de fármacos no tratamento da doença e a do bem-estar e da qualidade de vida dos seus utilizadores. Os resultados sublinham ainda a necessidade de refinar o processo de regulamentação em matéria de formação dos profissionais e destacam a ausência de comparticipação dos tratamentos por parte do Estado como uma desvantagem que inibe a realização de um maior número de tratamentos.

Após cimentação das ideias centrais deste estudo, importa ainda mencionar as limitações/dificuldades encontradas no decurso do mesmo. Começamos por reportar a dificuldade da investigadora em encontrar bibliografia específica sobre esta temática. Apesar de existirem estudos, os mais fidedignos são publicados em revistas de especialidade com custos de utilização e que limitaram o nosso acesso. No decorrer da recolha de dados foram sucedendo alguns contratemplos que dificultaram a aplicação das entrevistas presenciais aos informadores privilegiados, nomeadamente os compromissos profissionais dos mesmos. Conseguimos superar esta contrariedade recorrendo à entrevista via correio eletrónico mas perdeu-se a oportunidade de aprofundar algumas questões.

Estamos cientes de que o tamanho reduzido da amostra não nos permite extrapolar os resultados. Apesar disso, não deixam de ser valiosos e de potenciarem uma nova investigação. Sugere-se, deste modo, um estudo futuro utilizando uma amostra mais alargada de profissionais de saúde de forma a obter resultados mais representativos. Os contributos recolhidos nesta pesquisa são na sua maioria consensuais mas sabemos que existem profissionais de saúde com posturas completamente antagónicas. Seria interessante recolher essas opiniões, explorar os seus fundamentos e compara-las com outras posições favoráveis, uma vez que, para Spadacio et al. (2010) é “ (...) necessário a realização mais sistemática de estudos que busquem aprofundar a compreensão sobre os sentidos, entendimentos, percepções e experiências de pacientes e profissionais de saúde sobre o uso de práticas alternativas e complementares de cuidado e cura” (p. 11).

Bibliografia

- Aceros, J., Callén, B., Cavalgante, M.T. & Domènech, M. (2013). “*Participação e Idosos: A Construção de um Quadro Ético para a Teleassistência em Espanha*”; in Serviço Social no envelhecimento, nº 1, p. 267. Lisboa: Edições Pactor.
- Almeida, H. (2012). *Biologia do Envelhecimento: uma introdução*. In Paúl, C. e Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda..
- Almeida, M. (2007). *Envelhecimento: activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise.*, in Forum Sociológico, 17,20-21.
- António, S. (2013). *Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento*; in Serviço Social no envelhecimento, nº 1, p.82. Lisboa: Edições Pactor.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. 3.^a Edição. Lisboa, Edições 70.
- Bogan, R. & Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Educação-Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cabral, A. (2002). *Contracultura*. In R. L. Maia (Coord.), *Dicionário de Sociologia* (pp.82-83). Porto: Porto Editora.
- Cachadinha, M., Carmo, H., & Ferreira, M.M. (2012). *Envelhecimento, Educação e Autonomia-Investigação sobre um grupo de seniores na área de Viana do Castelo*. VII Congresso Português de Sociologia-Universidade do Porto-Faculdade de Letras-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Capra, F. (1982). *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Edições Cultrix.
- Carvalho, M.I. (2013). “*Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento*”; in Serviço Social no envelhecimento, nº 1, p.3. Lisboa: Edições Pactor.
- Ceia, C. (1995). *Norma para Apresentação de trabalhos Científicos*. Lisboa: Editorial Presença;
- Cortez, G. M. & Sousa, A.P. (2012). *Intergeracionalidade: Que Futuro?*. VII Congresso Português de Sociologia-Universidade do Porto-Faculdade de Letras-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Couvreur, C. (2001). *A qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Dantas, M. C. & Ramalho, M.D. (2011). *Jogos de partículas-Química 12º ano*. 1ª Edição. 4ª Tiragem. Lisboa: Texto Editores, Lda.;

- Dias, M. O. (2010). *Planos de Investigação. Avançando passo a passo*. Edições Maria Olívia Dias;
- Fonseca, A. M. (2005). *O Envelhecimento Bem-Sucedido*. In Paúl, C & Fonseca, A. M. (Coords.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gil, A. C. (1995). *Manual de Investigação das Ciências sociais*. Lisboa: Editora Gradiva.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Guedes, J. & Fonseca, A. (2013). *A Conquista da Reforma: Fases, Adaptação e Papéis dos Reformados*. In Revista do Centro de Investigação do ISSSP. Nº 2, Setembro de 2013. *Investigação em Trabalho Social: Envelhecimento Que Desafios à Intervenção Social?*. Porto: Edição Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Hill, A. (2003). *Guia das Medicinas Alternativas: Todos os Sistemas de Cura Natural*. São Paulo: Edições Humos.
- Horvilleur. A. (2005). *A Homeopatia: Perguntas e Respostas para Melhor Beneficiar da Homeopatia*. Lisboa: Sinais de Fogo - Publicações, Lda..
- Impala. (2008). *Guia Prático Terapêuticas não convencionais – 18 Medicinas Alternativas: orientais, manipulativas, naturais e activas*. 1ª Edição. Sintra: Impala Editores.
- INE, I.P. (2013). *Revista de Estudos Demográficos*, nº 51-52, p.36. Edição 2013. Lisboa: Edições Instituto Nacional de Estatística, I.P. Lisboa. Portugal.
- Landmann J. (1989). *As medicinas Alternativas: Mito, Embuste ou Ciência? - Homeopatia, Medicina Herbal, Acupuntura, Meditação, Ioga, Biofeedback e Cura pela fé*. Rio de Janeiro. Edições Guanabara.
- Nunes, L. & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a Qualidade de Vida e a Saúde dos Idosos*. Lisboa: Editora Caminho.
- Oelze, F. (1993). *Tratamento Natural das Doenças Circulatórias*. Círculo de Leitores. Printer Portuguesa.
- Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida - Um Guia para a Acção*. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda..
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martín, I. & Amado, J. (2005). *Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses*. In Paúl, C & Fonseca, A. M. (Coords.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (Coords.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pietroni, P. (1988). *Viver Holístico*. São Paulo: Edições Summus.
- Proteste. (2001). *Terapias Complementares e Alternativas- Utilidades e Riscos*. 1ª Edição. Lisboa: Edideco.
- Quivy, R. & Campenhoudt. L.V. (1998). *Manual de Investigação em ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda..
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda..
- Rodrigues, E.V. (2013). *Envelhecimento e Vulnerabilização Social: Notas para o Caso Português*. In Revista do Centro de Investigação do ISSSP. Nº 2, Setembro de 2013. *Investigação em Trabalho Social: Envelhecimento Que Desafios à Intervenção Social?*. Porto: Edição Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Romagosa, J. & Rosales, S. (2000). *Atlas de Medicina Natural e Alternativa : Terapias e Conselhos para a Saúde*. Setúbal: Marina Editores, Lda..
- Saks, M. (2003). *Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalization, and Health Care*. London: Sage Publications Ltd..
- Saldanha, L.A. & Caldas, C.P. (Org.) (2004). *Saúde do Idoso: A Arte de Cuidar*. 2.ª Edição: Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice – Um Novo Público a Educar*. Lisboa: Ambar - Ideias no Papel, S.A.
- Shealy, C.N. (2000). *Guia das Terapias Alternativas*. Lisboa: Edições Livros e Livros.
- Vala, J. (2014), *A Análise de Conteúdo*, in Metodologia das Ciências Sociais. 16ª Edição. Porto, Edições Afrontamento.
- Wood, L. D. & Wood, L. J. (1974). *Acupunctura*. Lisboa: Editorial Presença, Lda..

Bibliografia Web

Almeida, M.A.B, Gutierrez, G.L. & Marques, R. (2012). *Qualidade de Vida: Definição, Conceitos e Interfaces com Outras Áreas de Pesquisa*. in Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP. São Paulo: Edições COBED. Consultado em 23/08/2014, a partir de http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf

Ano Europeu do Envelhecimento do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Entre Gerações 2012 (2012). *Programa de Ação do AEEASG, 2012*. Portugal. Consultado em 25/08/2014, a partir de

<http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>

Associação Internacional de Medicinas Integradas (2013). *Proposta de Regulamentação das Medicinas Não Convencionais – Breve Apresentação da ASIMI e Comentário Sobre a Proposta de Lei 111/XII/2.^a*, Consultado em 28/07/2014, a partir de

<http://medicinasintegradas.org/wp-content/uploads/2011/08/1-Apresenta%C3%A7%C3%A3o-ASIMI-Proposta-111-XII-2%C2%AA.pdf>

Barros, N. F., Otani, M. P., & Lima, P. T. (2010). *Medicina alternativa, complementar e integrativa: problema, dilema e desafio para o campo da saúde*. (Portuguese). Einstein (16794508), 8 (3), 148-150. Consultado em 04/042015, a partir de

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c313e37e-1e6f-4d28-96ff-980e1a35573e@sessionmgr115&hid=114>

Bermejo, J.C. (2009). Hacia una Salud Holística. In Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes 2009, 2 (2), p.p. 115-116. Consultado em 18/10/2014, a partir de

http://www.josecarlosbermejo.es/sites/default/files/salud_holist_rev_chil.pdf

Carvalho, M.M. (2002). *A Medicina em História – A Medicina Hipocrática*. In Leituras. Volume IV. nº 1. Janeiro/Fevereiro. 2002. p.p. 41-44. Consultado em 28/07/2014, a partir de

http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev1_leituras2.pdf

Christensen, M. C., & Barros, N. F. (2010). *Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática*. Revista Brasileira de Educação Médica, 34 (1), 97-105. Consultado em 04/042015, a partir de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022010000100012

Fleck, M.P.A. (2000). *O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas*. in Ciências & Saúde Coletiva, 5(1):33-38, Consultado em 28/09/2014, a partir de

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>

Fundação Aga Khan Portugal (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal*. In Relatório Final 2008.Portugal. Consultado em 14/09/2014, a partir de http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_estudo%20seniores.pdf

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A.M. (2006). *Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas*. In Psicologia, Saúde & Doenças, 2006, 7(1), p.p.137-143. Consultado em 17/08/2014, a partir de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a12.pdf>

Henrard, J.C. (1997). *Vieillissement et âge Âge et représentation de la vieillesse - Les processus de vieillissement et l'âge de la vieillesse*. In Actualité et dossier en santé publique n° 21. Consultado em 21/09/2014, a partir de [file:///C:/Users/Maria%20Jos%C3%A9/Downloads/ad212229%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Maria%20Jos%C3%A9/Downloads/ad212229%20(3).pdf)

Humanidades e Tecnologias. Departamento de Ciências Sociais e Humanas. Área de Ciências da Educação. Lisboa. Consultado em 28/07/2014, a partir de <http://hdl.handle.net/10437/2230>

IPN-Instituto Português de Naturologia (2015). *Apoio ao Candidato - A Regulamentação das Terapêuticas Não convencionais (TNC), em Portugal: Ano Letivo 2015-2016*. Consultado em 23/05/2015, a partir de http://www.ipnaturologia.com/sites/default/files/pdfs/ipn_dossier_regulamentacao.pdf

Jones, C.H. (2005). *The Spectrum of Therapeutic Influences and Integrative Health Care: Classifying Health Care Practices by Mode of Therapeutic Action*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine. Volume 11, Number 5, 2005, pp. 937–944. Consultado em 20/06/2015, a partir de http://www.ayurveda-florida.com/articles_ayurvedic_medicine_diet_lifestyle_dhanvantari_ayurveda_center_ayurveda_education_programs/JACM%20-%20JONES%20article.pdf

Koithan, M. (2009). Introducing Complementary and Alternative Therapies. *The Journal for Nurse Practitioners: JNP*, 5(1), 18–20. doi:10.1016/j.nurpra.2008.10.012; Consultado em 18/07/2015, a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2754854/>

Leal, Fábio, Schwartzmann, Gilberto, & Lucas, Hiram Silveira. (2008). Medicina Complementar e Alternativa: Uma Prática Comum Entre os Pacientes com Câncer. In Revista da Associação Médica Brasileira, 54 (6): 481-482. Consultado em 14/06/2015, a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302008000600007&script=sci_arttext

Leite, M.B.R. (2010). *O recurso à acupuntura pela população adulta - idosa*. [Tese de Mestrado]. Aveiro: Universidade de Aveiro- Departamento de Ciências Sociais da Saúde. Consultado em 14/06/2015, a partir de

<http://www.esmtc.pt/images/investigacao/O%20recurso%20a%20cupuntura%20pela%20popul%20a%20C3%A7%C3%A3o%20adulta%20-%20idosa.pdf>

Leite, T. A. A. F. & Strong, M. I. (2006). *A Influência da Visão Holística no processo de Humanização Hospitalar*. In *O Mundo da Saúde*. São Paulo. 2006. Abril/Junho. 30 (2). p.p. 303-214. Consultado em 28/07/2014, a partir de

http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf

Lourenço, T. M., Lenardt, M. H., Kletemberg, D. F., Seima, M. D., Tallmann, A. E. C. & Neu, D. K. M. (2012). *Capacidade Funcional no Idoso Longevo: Uma Revisão Integrativa*. In *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2012 jun. 33 (2). p.p. 176-185. Consultado em 24/10/2014, a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200025

Luz, Madel T. (2005). *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX*. in *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 15 (Suplemento):145-176. Consultado em 14/03/2015, a partir de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>

Manzini, T. Martinez, E.Z. & Carvalho, A.C.D. (2008). *Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogas*: *Revista brasileira de epidemiologia*. 2008, vol.11, n.2, pp. 304-314. ISSN 1980-5497. Consultado em 17/08/2014, a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000200012&script=sci_arttext

Marques, S. & Lima, M.L. (2010). *Idadismo e a construção social da idade ou as razões psicossociais para o sucesso dos anti-rugas, do botox e da tinta para o cabelo*. Consultado em 17/08/2014, a partir de http://www.academia.edu/4171099/Marques_Lima_2009_in_mind_pt

McMahan, S., & Lutz, R. (2004). *Alternative Therapy Use among the Young-Old (Ages 65 to 74): An Evaluation of the MIDUS Database*. *Journal Of Applied Gerontology*, 23(2), 91-103. doi:10.1177/0733464804265604, consultado em 11/04/2015 a partir de <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=22&sid=8155c55c-f38d-4e5a-9530-8904a17a3452%40sessionmgr4001&hid=4110&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=edselc&AN=edselc.2-52.0-2442587662>

Melo, S. C. C., Santana, R. G., Santos, D. C. & Alvim, N. A. T. (2013). *Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros*. In *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 840-846. Consultado em 25/07/2015 a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600005&script=sci_arttext

Mendes, D. (2009). *SNS faz 3000 consultas de acupuntura todos os anos*. In Diário de Notícias., consultado em 29/07/2014, a partir de

http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1385360

Mendes, E., Herdeiro, M.T. & Pimentel, F. (2010). *O uso de terapêuticas à base de plantas por doentes oncológicos*. Artigo e revisão. Acta Med Port 2010; 23; 901-908. Consultado em 29/08/2014, a partir de

<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/710/388>

Minayo, M. C. S. (2013). *Quality of life and health as existential values*. In Ciência & Saúde Coletiva, 18 (7):1868-1869. Consultado em 29/08/2014, a partir de

http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/en_01.pdf

Miranda, A.S.M. (2010). *Terapêuticas não convencionais: Perspectivas dos médicos de medicina geral e familiar*. [Dissertação para obtenção de grau de mestre em medicina]. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Consultado em 14/03/2015, a partir de <http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/809>

Morales, M.F.B. (s.d.). *Holismo*. Consultado em 11/10/2014, a partir de

<http://www.telurium.net/PDF/holistica.pdf>

Moraes, M.M. (s.d.). *A Visão Holística e o Investigador Criminológico do Terceiro Milénio*. p.p.109 -125. Consultado em 11/10/2014, a partir de

[file:///C:/Users/Maria%20Jos%C3%A9/Downloads/159-1711-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Maria%20Jos%C3%A9/Downloads/159-1711-1-PB%20(1).pdf)

Moreira, M., & Gonçalves. R., (2011). *Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa no Mundo- O Processo de Regulamentação em Portugal – O caso da Acupuntura*. Monografia de Conclusão do Curso de Medicina Tradicional Chinesa, 2006-2011, Instituto Português de Naturologia Curso de Medicina Tradicional Chinesa. Porto. Consultada em 28/07/2014, a partir de

http://www.ipnaturologia.com/sites/default/files/A_MTCA_no_Mundo_O_proc_reg_Port_a_acupuntura.pdf

Moses, G. (2005). *Complementary and Alternative Medicine Use in the Elderly*. Geriatric Therapeutics. In Journal of Pharmacy Practice and Research Volume 35, No. 1, 2005. Consultado em 28/03/2015, a partir de <http://jppr.shpa.org.au/lib/pdf/gt/mar2005.pdf>

National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) (2014). *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?*. Consultado em 29/08/2014, a partir de <http://nccam.nih.gov/health/whatisncam#integrative>

Neto, J. A. C., Sirimarco, M. T., Neto, J. A. D., Valle, D. A. D., Martins, J. S. C., & Cândido, T. C. (2010). *Uso e compreensão da medicina alternativa e complementar pela população de Juiz de Fora*. In HU revista, Juiz de Fora, 36(4). pp. 266-276. Consultado em 29/08/2014, a partir de <http://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/1029/457>

Nicolazi, M., da Silva, J., Coelho, L., Cascaes, A., & Büchele, F. (2009). *Qualidade de vida na Terceira Idade: Um Estudo na Atenção Primária em Saúde*. *Cogitare Enfermagem*, 14(3). doi:10.5380/ce.v14i3.16158 Consultado em 29/08/2014, 19/04/2015 a partir de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16158>

Otani, M. P., & Barros, N. d. (2011). *A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16 (3), 1801-1811. Consultado em 04/04/2015/2014, a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300016

Paul, Constança. (s.d.). *Envelhecimento activo e Redes de Suporte Social*. Consultado em 27/09/2014, a partir de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

Pereira, B.V.M.A, Schneider, H.R. & Schwanke, A.C. (2009). *Geriatrics, uma especialidade centenária*. in *Ciência Médica*, Porto Alegre, v19, nº4, p. 154-161. Consultado em 21/08/2014, a partir de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6253/4734>

Pietroni, P. C. (1992). *Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine*. *BMJ: British Medical Journal*, 305(6853), 564–566. Consultado em 21/08/2014, a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1883275/?page=3>

Pino, A.C.S. (2003). *Calidad de vida en la atención al mayor*. In *Revista multidisciplinar de gerontología*, Vol. 13, nº. 3, 2003, p.p. 188-192, Consultado em 11/10/2014, a partir de http://www.researchgate.net/publication/28081999_Calidad_de_vida_en_la_atencin_al_mayor

Pinto, C. (2014). *Terapia de Reiki ajuda doentes hemato-oncológicos a Combater melhor a doença*. In *Revista Desafio Saúde* [online], consultado em 11/04/2015, a partir de <http://www.desafiosaude.pt/bem-estar/terapias-alternativa/item/230-terapia-de-reiki-ajuda-doentes-hemato-oncologicos-a-combater-melhor-a-doenca>

Plano Nacional de Saúde (2012-2016). 2. *Perfil de Saúde em Portugal*. Consultado em 19/07/2015, a partir de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf

Policarpo, M. C. (2012). *Integração das Medicinas Alternativas e Complementares no Plano Nacional de Saúde*. [Dissertação de Mestrado em Gestão]. Lisboa: ISCTE Business School – Instituto Universitário de Lisboa. Consultado em 14/03/2015, a partir de <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/4909>

Porcino, A., & MacDougall, C. (2009). *The Integrated Taxonomy of Health Care: Classifying Both Complementary and Biomedical Practices Using a Uniform Classification Protocol*. In International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork, 2(3), 18–30. Consultado em 07/05/2015, a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3091472/citedby/>

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Consultado em 27/09/2014, a partir de <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Queiroz, Marcos S. (2000). *O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde*. Cadernos de Saúde Pública, 16 (2), 363-375. Consultado em 11/10/2014, a partir de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2086.pdf>

Ribeiro, R.L.M. (2010). *A escolha entre terapias não convencionais e medicina convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes*. [Tese de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Consultado em 14/03/2015, a partir de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15375>

Santos, A.M., Abrão, F.M.S, Oliveira, R. C. & Carricone, C.A. (s.d.). *Práticas Complementares: Uma Nova Visão Holística de Enfermagem para Atenção Básica em Saúde*. Consultado em 29/09/2014, a partir de http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id148r0.pdf

Santos, B. S. (2002). *A Crítica da Razão Indolente: Contra o Desperdício da Experiência*. 4. ed. São Paulo: Cortez Editora. Consultado em 24/10/2014, a partir de <http://copyfight.me/Acervo/livros/SANTOS,%20Boaventura%20de%20Souza.%20A%20Crítica%20da%20Razão%20Indolente.pdf>

Santos, M. & Almeida. A. (2010). *Polimedicção no idoso*. In Revista de Enfermagem. Referência III. serie nº 2. Dez.2010.p.p. 149-162. Consultado em 24/10/2014, a partir de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a16>

Silva, E.D.C., Tesser, C.D. (2013). *Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social*. In. Cad. Saúde Pública; 29(11); 2186-2196; 2013-11. Consultado em 26/07/2015 a partir de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/06.pdf>

Spadacio, C., Castellanos, M. E. P., Barros, N. F. A., Sarah, M., Tovey, P. & Broom, A. (2010). *Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese*. Cadernos de Saúde Pública, 26(1), 7-13. Consultado em 25/07/2015, a partir de

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000100002&script=sci_arttext

Stone, J. & Katz, J. (2005). *Can complementary and alternative medicine be classified?*. In Perspectives on Complementary and Alternative Medicine. Edição: Heller, T., Lee-Treweek, G., Katz, J., Stone, J. & Spurr, S. Consultado em 13/06/2015 a partir de

<https://books.google.pt/books?id=B4Fthh4rf->

wC&pg=PA41&lpg=PA41&dq=Categorising+complementary+and+alternative+medicine&source=bl&ots=Ty1gQruaYP&sig=a_YZDZQReq4pqZ6W4XeRmHDGwBo&hl=pt-PT&sa=X&ei=AmFzVamIOsmTU-L5gdgI&ved=0CEEQ6AEwAw#v=onepage&q=Categorising%20complementary%20and%20alternative%20medicine&f=false

Stone, J. (2002). *An Ethical Framework for Complementary and Alternative Therapists*. London: Routledge. Consultado em 20/06/2015 a partir de

<https://books.google.pt/books?id=9f2BAGAAQBAJ&pg=PA277&lpg=PA277&dq=an+ethical+framework+for+complementary+and+alternative+therapists&source=bl&ots=xWlu9kOTY4&sig=Tqn3ehdxhG-vA-cojKKe20Mo5Wc&hl=pt-PT&sa=X&ei=bUCFVbiQD4XdUbm5gLgE&ved=0CDOQ6AEwAg#v=onepage&q=an%20ethical%20framework%20for%20complementary%20and%20alternative%20therapists&f=false>

Strong, M.I. & Leite, T.A.A.F., (2006). *A Influência da Visão Holística no Processo de Humanização Hospitalar*. In artigo de revisão aprovado em 02 fevereiro 2006. Consultado em 11/10/2014, a partir de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf

Tataryn, D. J. (2002). *Paradigms of Health and Disease: A Framework for Classifying and Understanding Complementary and Alternative Medicine*. In The Journal of Alternative and Complementary Medicine (pp. 877-892). Consultado em 20/06/2015 a partir de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614539>

Tavares, L. F. (2010). *O processo de institucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal: O caso da acupuntura* [Tese de doutoramento em Sociologia, especialidade de Sociologia do Desenvolvimento e da Mudança Social]. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. Consultado em 15/03/2015 a partir de <http://cesnova.fcsh.unl.pt/?area=000&mid=005&id=PUB4ed390cc90f57>

Teixeira, E. (1996). *Reflexões sobre o Paradigma Holístico e Holismo e Saúde*. In Rev. Esc. Enf. USP. v.30. n° 2.p.p. 286-290. Consultado em 11/10/2014, a partir de

<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-08.pdf>

Teixeira, M.,Z, Lin, C., A. & Martins, M., A. (2004). *O ensino de práticas não-convencionais em saúde nas faculdades de medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras*. Revista Brasileira de Educação Médica, 2004; 28(1): 51-60. Consultado em 23/07/2015, a partir de

http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2004/volume28_1/ensinos_de_praticas.pdf

Tesser, C.D. & Barros, N.F. (2008). *Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde*. In Revista Saúde Pública. São Paulo, v. 42, n. 5, Oct. 2008. Consultado em 11/10/2014, a partir de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018

The House of Lords (2000). *Science and Technology - Sixth Report*. In Publications on the internet Science and Technology Committee Publications. Consultado em 10/06/2015 a partir de

<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12301.htm>

Trovo, M. M., Silva, M. J. P. & Leão, E. R. (2003). *Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem*. In Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11 (4), 483-489. Consultado em 30/08/2014, a partir de

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400011&script=sci_abstract&tlng=pt

TSF ONLINE, (2000), “*Ordem dos Médicos aceita Legitimação das Medicinas Alternativas*”, Consultado em 17/08/2014, a partir de

http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content_id=851537&page=-1

Tsuchiya, K.K. (2002). *Terapias Complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro*. In Revista Enfermagem UNISA 2002.3.p.p 37-42. Consultado em 11/10/2014, a partir de

<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-08.pdf>

Willison, K.D. & Andrews, G.J. (2004). *Complementary medicine and older people: past research and future directions*. Consultado em 02/11/2014, a partir de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15135760>

Wolpe, P. R. (1990). *The Holistic Heresy: Strategies of Ideological Challenge in the Medical Profession*. In Social Science and Medicine.Vol. 31, n° 8, pp. 913-923. Consultado em 24/05/2015, a partir de

http://www.researchgate.net/publication/20896036_The_holistic_heresy_strategies_of_ideological_challenge_in_the_medical_profession

World Health Organization (2002). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization*; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Consultado em 16/07/2015, a partir de

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

World Health Organization (2002). *WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*/World Health Organization Geneva. Consultado em 12/11/2014, a partir de

http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf

World Health Organization (2004). *Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*. Consultado em 26/07/2015, a partir de <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5525e/>

World Health Organization (2013). *WHO Traditional Medicine Strategy: 2014–2023*. Consultado em 30/05/2015, a partir de

http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/

World Health Organization (2014). *Definition of an older or elderly person Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project*.in Health statistics and information systems. Consultado em 30/08/2014, a partir de

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Xavier, B.O. (2001). *Terapias Alternativas e sociedade Moderna: Popularidade e Consumo de Medicinas não Convencionais*. In Revista de Enfermagem Referência Iª Série. nº 6. Maio 2001.p.p. 23-28. Consultado em 26/10/2014, a partir de

[file:///C:/Users/Maria%20Jos%C3%A9/Downloads/ref_6-23a28%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Maria%20Jos%C3%A9/Downloads/ref_6-23a28%20(2).pdf)

Zamarrón Cassinelle, María Dolores (2006).“El bienestar subjetivo en la vejez”. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 52. Lecciones de Gerontología, II.. Consultado em 18/07/2014, a partir de

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>

LEGISLAÇÃO

Lei n.º 56/1979 de 15 de setembro. *Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República N.º 214 —I SÉRIE, 2357-2363, consultado em 28/07/2015, a partir de

<https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>

Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto. *Lei de Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais*. Diário da República N.º 193 —I SÉRIE-A, 5391, consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/53915392.pdf>

Proposta de Lei n.º 111/XII de 22 de novembro de 2012. *Exposição dos motivos*. Presidência do Conselho de Ministros. PL 475/2012. Consultado em 28/07/2015, a partir de <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c3246795a5868774d546f334e7a67774c336470626d6c7561574e7059585270646d467a4c31684a535339305a58683062334d76634842734d5445784c56684a5353356b62324d3d&fich=ppl111-XII.doc&Inline=true>

Lei n.º 71/2013 de 02 de setembro. *Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais*. Diário da República N.º 168 — 1.ª SÉRIE, 5439-5442, consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.ipnaturaologia.com/comunicado-ipn-acerca-da-lei-no-712013-de-2-de-setembro.html-0>

Portaria n.º 25/2014 de 3 de fevereiro. Diário da República, n.º 23, 1.ª série, 918-919. Consultado em 28/07/2015, a partir de http://www.imt.pt/BO/uploadDOCS/Lei/Portaria_25_2014.pdf

Portaria n.º 181/2014 de 12 de setembro. Diário da República, n.º 176, 1.ª série, 4927-4928. Consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.imt.pt/Portaria181-2014-GT-prof-terap-nao-convencionais.pdf>

Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro. Diário da República. N.º 176, 1.ª série, 4928-4932. Consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.imt.pt/portaria-182-2014-LoaisPrestacao.pdf>

Portaria n.º 182-A/2014 de 12 de Setembro. Diário da República. N.º 176, 1.ª série, 4932-(2). Consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.imt.pt/Portaria-182-A%202014-TaxasRequisicao-Cedula.pdf>

Portaria n.º 182-B/2014 de 12 de Setembro. Diário da República. N.º 176, 1.ª série, 4932-(2)-4932-(5). Consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.imt.pt/Portaria-182-B-RequerimentoCedula-Profissional.pdf>

Portaria n.º 200/2014 de 3 de outubro. *Portaria de extensão das alterações do contrato coletivo entre a Associação Portuguesa das Empresas do Setor Elétrico e Eletrónico e a FETESE — Federação dos Sindicatos da Indústria e Serviços e outros*. Diário da República. N.º 176, 1.ª série, 5139-5140. Consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.imt.pt/portaria-200-2014-%20SeguroResponsabilidadeCivil.pdf>

Portaria n.º 207-A de 8 de outubro de 2014. *Naturopata*. Diário da República. n.º 194, 1.ª série. Consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.imt.pt/Portaria%20207-A%20de%202014%208%20Out%20-%20Naturopata.pdf>

Portaria n.º 207-B de 8 de outubro de 2014. *Osteopata*. Diário da República. n.º 194, 1.ª série. 5176-(2)- 5176-(3). Consultado em 28/07/2015, a partir de <http://www.imt.pt/Portaria%20207-A%20de%202014%208%20Out%20-%20Naturopata.pdf>

Portaria n.º 207-C de 8 de outubro de 2014. *Homeopata*. Diário da República. n.º 194, 1.ª série. 5176-(5) - 5176-(6). Consultado em 28/07/2015, a partir de

<http://www.imt.pt/Portaria%20207-C%20de%202014%208%20Out%20-%20Homeopata.pdf>

Portaria n.º 207-D de 8 de outubro de 2014. *Quiroprático*. Diário da República. n.º 194, 1.ª série. 5176-(5) - 5176-(6). Consultado em 28/07/2015, a partir de

<http://www.imt.pt/Portaria%20207-D%20de%202014%208%20Out%20-%20Quiropratico.pdf>

Portaria n.º 207-E de 8 de outubro de 2014. *Fisioterapia*. Diário da República. n.º 194, 1.ª série. 5176-(8) - 5176-(9). Consultado em 28/07/2015, a partir de

<http://www.imt.pt/Portaria%20207-E%20de%202014%208%20Out%20-%20Fitoterapeuta.pdf>

Portaria n.º 207-F de 8 de outubro de 2014. *Acupuntor*. Diário da República. n.º 194, 1.ª série. 5176-(9) - 5176-(10). Consultado em 28/07/2015, a partir de

<http://www.imt.pt/Portaria%20207-F%20de%202014%208%20Out%20-%20Acupuntor.pdf>

Portaria n.º 207-G de 8 de outubro de 2014. *Medicina tradicional chinesa*. Diário da República. n.º 194, 1.ª série. 5176-(11) - 5176-(13). Consultado em 28/07/2015, a partir de

<http://www.imt.pt/Portaria%20207-G%20de%202014%208%20Out%20-%20Med%20Trad%20Chinesa.pdf>

Anexo 1 Guião de Entrevista

Anexo 1- Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Trabalho académico de investigação:

Medicinas Complementares e Alternativas: Discursos e Percursos no Contexto dos Profissionais de Saúde.

UNIDADE DE ANÁLISE

1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

- 1.1 Sexo
- 1.2 Idade
- 1.3 Profissão
- 1.4 Experiência profissional
- 1.5 Tempo de serviço

2. Do (Des) conhecimento ao Posicionamento

- 2.1 O que lhe sugere a palavra Medicina Complementar e Alternativa (MCA)?
- 2.2 Que tipo de MCA conhece?
- 2.3 Como tomou conhecimento das MCA?
- 2.4 Aconselharia os seus pacientes a consultar estas terapias? Quais? Justifique.

3. Vantagens e desvantagens

- 3.1 Que tipo de vantagens conhece?
- 3.2 Que tipo de desvantagens conhece?

4. Articulação com as Práticas Convencionais

- 4.1 Da sua experiência profissional tem conhecimento de situações em que são utilizadas práticas convencionais em conjunto com as não convencionais?
- 4.2 Do seu ponto de vista (pessoal e profissional) qual é a importância da articulação da prática biomédica com a convencional?

5. Integração das MCA no Serviço Nacional de Saúde

5.1 Considera que as MCA deveriam integrar no Serviço Nacional de Saúde? Justifique a resposta.

6. Uso das MCA pela População Idosa

6.1 Na sua opinião, as MCA chegam facilmente à população idosa?

6.2 Como relaciona as MCA e a qualidade de vida, mais concretamente na qualidade de vida dos idosos?

6.3 Acha que os idosos recorrem a essas terapias? Se sim, porquê?/ Se não, porquê?

6.4 Da sua experiência diga qual o grau de procura das pessoas idosas relativamente às MCA? Como explica tal procura ou ausência dela?

Anexo 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Trabalho académico de investigação:

Medicinas Complementares e Alternativas: Discursos e Percursos no Contexto dos Profissionais de Saúde.

O meu nome é Maria José Ribeiro Resende Afonso Silva, sou licenciada em Serviço Social e estou, atualmente, a fazer um estudo de investigação, no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, sobre as Medicinas Complementares e Alternativas. Este estudo tem como objectivos gerais a) aferir o posicionamento de profissionais de saúde afetos à medicina convencional e à medicina não convencional relativamente ao contributo das MCA na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas em geral e das pessoas idosas em particular; e b) averiguar a importância da articulação das práticas não convencionais com as biomédicas, assim como a sua integração no Serviço Nacional de Saúde.

Eu, abaixo-assinado _____
fui informado sobre os objetivos deste estudo de investigação. Sei que neste estudo está prevista a realização de entrevistas tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos. Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo:

Assinatura

Data Assinatura ____/____/____ _____

Maria José Ribeiro Resende Afonso Silva

Assinatura

Data Assinatura ____/____/____ _____

Anexo 3 Matriz Concetual Referente à Unidade 2 do Guião de Entrevista

Anexo 3 - Matriz Concetual Referente à Unidade 2 do Guião de Entrevista

Categoria: As Medicinas Complementares e Alternativas

Subcategoria: Do (Des) conhecimento ao Posicionamento

UNIDADE DE REGISTO		UNIDADE DE CONTEXTO
FORMAL	SEMÂNTICO	
	Falta de sensibilização e regulamentação	<i>“As MCA não chegam aos idosos nem aos utentes em geral. Falta regulamentação e apoio do sistema nacional de saúde. O Calcitrin chega a toda a gente porque passa em todos os programas da manhã, mas os medicamentos homeopáticos, chamados medicamentos naturais, não são comparticipados.” E4</i>
	Interesses financeiros do lobby médico	<i>(...) Agora a questão coloca-se porque se aceita ter terapias complementares em clínicas topo de gama e de grande projeção publicitária no privado? e no público não? porquê? no privado dá dinheiro no público abomina-se... no privado trata-se no público é bruxaria ou placebo!!!! Engraçado ponto de vista, mais uma vez é uma questão de interesses.” E7</i>
Bons resultados		<i>“A medicina integrativa é, cada vez mais, uma realidade nos países ocidentais pelos bons resultados apresentados.” E6</i>

Anexo 4 Matriz Concetual Referente à Unidade 3 do Guião de Entrevista

Anexo 4 -Matriz Concetual Referente à Unidade 3 do Guião de Entrevista

Categoria: As Medicinas Complementares e Alternativas

Subcategoria: Vantagens

UNIDADE DE REGISTO		UNIDADE DE CONTEXTO
FORMAL	SEMÂNTICO	
Alívio da dor		<p><i>"Penso que todas as MCA promovem alívio da dor de acordo com o quadro de saúde independentemente se é idoso ou não." E2</i></p> <p><i>"Ajuda a reduzir a medicação e as dores e a equilibrar o indivíduo no seu todo (...)" E9</i></p>
Bons resultados a nível da dor crónica		<p><i>" (...) estas terapias têm bons resultados a nível da dor crónica, por exemplo a acupunctura e a osteopatia." E2</i></p> <p><i>"(...) mais eficaz em determinadas patologias crónicas(...)" E7</i></p>
	Diminuição dos custos em saúde	<p><i>" (...) servem para tentar evitar que haja uma sobrecarga de medicação nos pacientes,(...) melhorar o seu conforto." E3</i></p> <p><i>"A fitoterapia chinesa (fórmulas à base de plantas medicinais) pode ajudar a reduzir a medicação convencional ou até agir concomitantemente com esta no sentido da obtenção de melhores resultados." E6</i></p> <p><i>(...) vão contribuir para a diminuição da toma de medicamentos de curto e longo prazo, devido à diminuição das patologias." E8</i></p> <p><i>" (...) criam benefícios à saúde de forma natural, ou seja, prescindem do uso de fármacos (químicos)." E10</i></p>
	Melhoria da qualidade de vida	<p><i>(...) as MCA ajudam a melhorar a qualidade de vida dos idosos, de forma natural, sem haver um recurso a químicos, promovendo o alívio da dor, o bem-estar físico e emocional." E10</i></p>

Anexo 4- Matriz Concetual Referente à Unidade 3 do Guião de Entrevista

Categoria: As Medicinas Complementares e Alternativas

Subcategoria: Desvantagens

UNIDADE DE REGISTO		UNIDADE DE CONTEXTO
FORMAL	SEMÂNTICO	
	Ausência de pontos negativos.	" (...) <i>Desvantagens não existem.</i> (...) "E12
A não participação		" <i>A não participação da Segurança Social é uma desvantagem porque é o lar ou os filhos a suportar os custos (...).</i> " E7 " (...) <i>apresentam custos elevados e não são comparticipadas.</i> " E1,E3
Resistência dos profissionais de saúde		" (...) <i>resistência dos profissionais de saúde que no local laboram.</i> " E7 " (...) <i>resistência que os pacientes vêem nos médicos relativamente às MCA(...).</i> " E9
	Alguma estigmatização associada	" (...) <i>medo de serem censurados por estarem a utilizar estas práticas.</i> " E9 " (...) <i>pensei duas vezes antes de o fazer, porque sei que nem todos médicos aceitam e compreendem os pacientes quando fazem o mesmo que eu fiz pela minha mãe.</i> " E4 " (...) <i>Os médicos que os assistem não querem. Em casos mais graves dizem ao paciente que deixam de ser seus médicos.</i> " E12
	Conhecimento insuficiente da população em geral e dos profissionais de saúde em particular	" (...) <i>existe pouca informação tanto dos médicos como dos pacientes (...)</i> " E2 " (...) <i>Não, de todo. Principalmente por desconhecimento porque é uma alternativa muito recente com influência de outros países (...)</i> " E3 " (...) <i>falta de informação e ideias muito enraizadas na mentalidade da nossa população(...)</i> " E8 " (...) <i>não existe sensibilização adequada nesse sentido.</i> " E10 "Os idosos e as pessoas em geral possuem pouca informação sobre esta matéria (...) " E11

Anexo 5 Matriz Concetual Referente à Unidade 4 do Guião de Entrevista

Anexo 5- Matriz Concetual Referente à Unidade 4 do Guião de Entrevista

Categoria: As Medicinas Complementares e Alternativas

Subcategoria: Articulação com as práticas convencionais

UNIDADE DE REGISTO		UNIDADE DE CONTEXTO
FORMAL	SEMÂNTICO	
	Necessidade em apostar no desenvolvimento de parcerias	<p><i>“Na minha opinião a segurança social tem (ou deveria ter) sempre interesse em trabalhar com qualquer serviço de saúde que procure responder da melhor forma possível aos seus utentes (...) E1</i></p> <p><i>“ (...) Considero importante esta articulação por tudo que já disse ao longo desta entrevista. Para mim as duas práticas complementam-se.” E3</i></p> <p><i>“(…) Para tal, as duas práticas, convencional e não convencional, deveriam atuar de mãos dadas.” (E4)</i></p> <p><i>“A articulação entre as duas práticas revela-se como a situação ideal.” E5</i></p> <p><i>“Na minha opinião os utentes só têm a ganhar com a articulação destas medicinas, pois não são antagónicas, mas, pelo contrário, complementares.” E6</i></p> <p><i>“As duas áreas complementam-se, pelo que seria importante essa articulação” E9</i></p>
	Vantagens do trabalho em conjunto e da complementaridade de saberes	<p><i>(...) Esta minha formação como terapeuta de Reiki juntamente com os conhecimentos adquiridos na minha licenciatura em enfermagem, isto é conhecimento científico e fisiopatológicos permitem-me ter uma abordagem mais completa da situação e diminuir mais rapidamente os sintomas. Com estes dois saberes fico com mais conhecimento para ajudar.” E11</i></p> <p><i>“As não convencionais são fundamentais na prevenção das doenças, bem como no tratamento continuado, por outro lado a biomédica trata os casos mais agudos e intervém em casos limites como por exemplo as intervenções cirúrgicas que são tão importantes e podem salvar a vida do doente.” (E9)</i></p>

Anexo 6 Matriz Concetual Referente à Unidade 5 do Guião de Entrevista

Anexo 6 - Matriz Concetual Referente à Unidade 5 do Guião de Entrevista

Categoria: As Medicinas Complementares e Alternativas

Subcategoria: Integração no Serviço Nacional de Saúde

UNIDADE DE REGISTO		UNIDADE DE CONTEXTO
FORMAL	SEMÂNTICO	
	Posicionamento favorável à integração no SNS	<p><i>"Sim, porque desta forma chega a mais pessoas, há mais controlo e segurança (...)" E2</i></p> <p><i>"Claro que sim, pelo menos um subsídio ou uma ajuda complementar." E3</i></p> <p><i>" (...) "Sem dívida. São uma mais-valia enorme (...)" E4</i></p> <p><i>"Sim, sou da opinião que devem integrar o SNS. Será uma mais-valia e trará benefícios para a saúde pública. (...)" E5</i></p> <p><i>"Julgo que devem, não só pela redução nos custos com gastos na saúde, mas, principalmente, pela melhoria da qualidade de atendimento, dando a opção de escolha." E6</i></p>
	Vantagens da integração	<p><i>" (...) se o SNS introduzisse as MCA nos Hospitais e Centros de Saúde, os idosos e a restante população teriam um acesso e um contacto mais facilitado e direto, tomando conhecimento relativamente às mesmas e aos seus benefícios." E10</i></p> <p><i>" (...) Para além disso o paciente teria acesso a mais informação podendo fazer mais escolhas (...) " E11</i></p> <p><i>"Sim, para ser mais acessível monetariamente, diminuir IRS e IVA, e também para tornar mais acessíveis as Terapêuticas Complementares." E12</i></p> <p><i>" (...) As MCA deveriam ser integradas no SNS porque desta forma todas as pessoas tinham acesso." E11</i></p>
	Forma de integração	<p><i>"Deveria integrar o Plano Nacional de Saúde participadas pelo SNS (...)" E1</i></p> <p><i>" (...) A implementação no SNS deve, a meu ver, ser feita a nível ambulatorio e hospitalar, ou seja, nos Centros de saúde e Unidades Hospitalares." E6</i></p>

Anexo 7 Matriz Concetual Referente à Unidade 6 do Guião de Entrevista

Anexo 7 - Matriz Concetual Referente à Unidade 6 do Guião de Entrevista

Categoria: As Medicinas Complementares e Alternativas

Subcategoria: Uso das MCA pela população idosa

UNIDADE DE REGISTO		UNIDADE DE CONTEXTO
FORMAL	SEMÂNTICO	
	Pontual devido aos custos da não comparticipação pelo SNS	<i>"Não chegam aos idosos porque apresentam custos elevados e não são comparticipadas."</i> E1
	Abertura da população idosa quando sensibilizada para esta utilização	<i>(...) Os idosos e as pessoas em geral possuem pouca informação sobre esta matéria mas quando lhes é explicado não apresentam resistência. " (E11)</i> <i>" (...) uma grande parte dos idosos desconhece a existência das mesmas,(...)" E10</i>
	Formas de adesão	<i>"Os idosos chegam à minha consulta sozinhos ou através dos filhos."</i> E12 <i>"Os idosos recorrem a esta terapia, no meu caso concreto o reiki, com bastante frequência, recomendados por amigos, familiares e alguns profissionais de saúde."</i> E9 <i>"Por colegas, amigos e familiares mas raramente sabem para o que vêm. Normalmente vêm recomendados por alguém que é da opinião que as MCA poderão ajudar a pessoa no problema que diz ter."</i> E5
	Contributo para a saúde do idoso	<i>(...) são um excelente contributo na promoção e melhoria da qualidade de vida dos idosos, quer ao nível das dores e maleitas próprias da idade(...)."E8</i>
	Motivos associados à procura das MCA	<i>"Os idosos recorrem às MCA devido a problemas de dor são sempre muito comuns, problemas reumáticos, etc."</i> E5 <i>Os idosos recorrem à Medicina Chinesa devido a todo o tipo de doenças, das mais simples às mais graves. Mas as osteomusculares são as mais presentes nestas idades."</i> E6

Anexo 8 Lei n.º 56/79 de 15 de setembro

Anexo 8- Lei n.º 56/79 de 15 de setembro: Lei do Serviço Nacional de Saúde

I SÉRIE — N.º 214 — 15-9-1979

2357

resolução pelo promitente-comprador do contrato-promessa de compra e venda de unidade predial cujo inquilino se encontre numa das circunstâncias previstas no n.º 1 do artigo 2.º, desde que a sua decisão de contratar se haja fundado na possibilidade da denúncia do arrendamento nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 1096.º do Código Civil.

§ único. Quando o promitente-comprador seja o próprio inquilino da unidade predial objecto do contrato, presume-se que o mesmo se determinou à sua celebração fundado na possibilidade de denúncia referida no corpo do artigo.

ARTIGO 7.º

(Entrada em vigor)

A presente lei entra em vigor no dia imediato ao da sua publicação.

Aprovada em 26 de Julho de 1979.

O Presidente da Assembleia da República, *Teófilo Carvalho dos Santos*.

Promulgada em 20 de Agosto de 1979.

Publique-se.

O Presidente da República, *ANTÓNIO RAMALHO EANES*. — O Primeiro-Ministro, *Maria de Lourdes Ruivo da Silva Matos Pintasilgo*.

Lei n.º 56/79

de 15 de Setembro

Serviço Nacional de Saúde

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea d) do artigo 164.º e do n.º 2 do artigo 169.º da Constituição, o seguinte:

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

TÍTULO I

Disposições gerais

ARTIGO 1.º

É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.

ARTIGO 2.º

O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população.

ARTIGO 3.º

1 — Compete ao Governo a definição e coordenação global da política de saúde.

2 — A Administração Central de Saúde, prevista no artigo 24.º deste diploma, incumbem dirigir o SNS e superintender na execução das suas actividades.

ARTIGO 4.º

1 — O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, e rege-se-á por normas regulamentares a estabelecer.

2 — O acesso ao SNS é também garantido aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal.

ARTIGO 5.º

Ao direito à protecção da saúde assegurado pelo SNS corresponde o dever, que a todos incumbe, de a defender e promover, nos termos da Constituição.

ARTIGO 6.º

1 — A garantia consagrada no artigo 4.º compreende o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

2 — O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

ARTIGO 7.º

O acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações.

TÍTULO II

Dos utentes

ARTIGO 8.º

É reconhecida aos utentes a liberdade de escolha do responsável pela prestação de cuidados de saúde, dentro dos condicionalismos referidos na parte final do n.º 1 do artigo 6.º e das normas de distribuição racional e regionalização dos serviços.

ARTIGO 9.º

1 — É garantido aos utentes, nas relações com o SNS, o respeito pela sua dignidade e a preservação da intimidade da sua vida privada.

2 — Igualmente são reconhecidos aos utentes os direitos decorrentes da sua integração no agregado familiar e na comunidade a que pertençam.

ARTIGO 10.º

É assegurado aos utentes o direito ao sigilo por parte do pessoal do SNS relativamente aos factos de que tenha conhecimento em razão do exercício das suas funções, salvo intervindo decisão judicial ou justa causa de revelação, nos termos legais.

ARTIGO 11.º

A violação dos direitos garantidos aos utentes faz incorrer o infractor em responsabilidade disciplinar

por falta grave, para além da responsabilidade civil ou criminal que ao caso couber.

ARTIGO 12.º

Para além do disposto no artigo anterior, os utentes, sempre que sejam lesados nos seus direitos pelos órgãos ou pessoal do SNS, têm direito a ser indemnizados pelos danos causados, nos termos da lei reguladora da responsabilidade civil extracontratual do Estado no domínio dos actos de gestão pública.

ARTIGO 13.º

1 — Os utentes podem ainda apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sempre que se considerem lesados nos seus direitos.

2 — As reclamações, queixas, petições e sugestões devem ser dirigidas à entidade responsável pelo estabelecimento ou serviço a que se refiram, sem prejuízo do direito de reclamação hierárquica, nos termos legais.

TÍTULO III

Dos cuidados de saúde

ARTIGO 14.º

Os utentes do SNS têm direito, em termos a regulamentar, às seguintes prestações:

- a) Cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença;
- b) Cuidados médicos de clínica geral e de especialidades;
- c) Cuidados de enfermagem;
- d) Internamento hospitalar;
- e) Transporte de doentes quando medicamento indicado;
- f) Elementos complementares de diagnóstico e tratamentos especializados;
- g) Suplementos alimentares dietéticos;
- h) Medicamentos e produtos medicamentosos;
- i) Próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos;
- j) Apoio social, em articulação com os serviços de segurança social.

ARTIGO 15.º

1 — O acesso às prestações enunciadas no artigo anterior é assegurado, em princípio, pelos estabelecimentos e serviços da rede oficial do SNS.

2 — Enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso será assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excepcionalmente, mediante reembolso directo dos utentes.

ARTIGO 16.º

1 — Os cuidados de saúde enunciados no artigo 14.º compreendem cuidados primários e cuidados diferenciados.

2 — Compreendem-se nos cuidados primários:

- a) Os destinados à prevenção da doença e promoção da saúde e os cuidados de tipo ambulatorio, abrangendo os de clínica geral,

materno-infantis e de planeamento familiar, escolares e geriátricos, incluindo os domiciliários;

- b) Cuidados de especialidades, abrangendo nomeadamente as áreas da oftalmologia, da estomatologia, da otorrinolaringologia e da saúde mental;
- c) Internamentos que não impliquem cuidados diferenciados;
- d) Elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo a reabilitação;
- e) Cuidados de enfermagem, incluindo os de visita domiciliar.

3 — Compreendem-se nos cuidados diferenciados o internamento hospitalar e os actos ambulatorios especializados para diagnóstico e terapêutica e reabilitação e ainda as consultas externas de especialidades.

4 — São compreendidos nos cuidados de nível primário e de nível diferenciado os cuidados de urgência na doença e no acidente.

5 — Os serviços prestadores de cuidados de saúde deverão ainda proceder ao registo de dados estatísticos e à análise epidemiológica.

6 — A prestação dos cuidados de urgência na doença e no acidente previstos no n.º 4 entende-se sem prejuízo do direito de regresso em relação às entidades seguradoras ou outras, no caso responsáveis.

ARTIGO 17.º

O acesso aos cuidados diferenciados está condicionado a prévia observação e decisão dos serviços de cuidados primários, salvo nos casos de urgência.

TÍTULO IV

Da organização e funcionamento

CAPÍTULO I

Princípios gerais

ARTIGO 18.º

1 — O SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados.

2 — O SNS será apoiado por estabelecimentos e actividades de ensino que visem a formação e aperfeiçoamento de profissionais da saúde.

ARTIGO 19.º

Aos órgãos do SNS compete, no seu conjunto, assegurar a distribuição racional, a hierarquização técnica e o funcionamento coordenado dos serviços, definir a complementaridade de valências e promover a descentralização decisória e a participação dos utentes no planeamento e na gestão dos serviços.

ARTIGO 20.º

Aos órgãos centrais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Estudo e proposta da política de saúde;
- b) Planeamento e avaliação da prestação de serviços e das actividades de saúde;

- c) Elaboração de normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços;
- d) Inspeção técnica e avaliação de resultados;
- e) Tomada de decisões necessárias à organização e funcionamento do SNS;
- f) Coordenação dos diferentes sectores de actividade;
- g) Elaboração de normas sobre a celebração de convénios com entidades não integradas no SNS e a outorga de convénios de âmbito nacional;
- h) Participação em actividades interministeriais;
- i) Formação e investigação no campo da saúde;
- j) Tutela e fiscalização da actividade privada no âmbito do sector da saúde.

ARTIGO 21.º

1 — Aos órgãos regionais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Execução da política de saúde;
- b) Administração e gestão de serviços, registo de dados e análise epidemiológica;
- c) Inspeção;
- d) *Contrôle* do exercício profissional;
- e) Planeamento e avaliação da prestação de serviços e das actividades de saúde;
- f) Formação e investigação do campo da saúde;
- g) Celebração de convénios de âmbito regional com entidades não integradas no SNS, de acordo com as normas elaboradas pelos órgãos centrais.

2 — Poderão constituir-se órgãos de âmbito mais alargado que o dos previstos no número anterior, designadamente para os seguintes efeitos:

- a) Utilização de serviços comuns;
- b) Compatibilização de planos e de programas;
- c) Coordenação e supervisão técnica.

ARTIGO 22.º

Aos órgãos locais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Administração e gestão de serviços, nos casos em que tal se justifique;
- b) Coordenação das unidades prestadoras de cuidados primários;
- c) Registo e análise de dados estatísticos.

ARTIGO 23.º

1 — É assegurado aos utentes e aos profissionais da saúde o direito de participação no planeamento e na gestão dos serviços.

2 — O direito consagrado no número anterior exerce-se, a nível central, pela participação no Conselho Nacional de Saúde, previsto no artigo 25.º deste diploma, e, a nível regional e local, pela participação nos conselhos regionais de saúde e nas comissões concelhias de apoio, previstos, respectivamente, nos artigos 39.º e 40.º deste diploma, para além da participação em órgãos de serviços, em termos a regulamentar.

3 — A representação dos utentes nos conselhos regionais de saúde e nas comissões concelhias de apoio, bem como a representação dos profissionais de saúde,

será assegurada por membros designados pelas autarquias e pelas organizações sindicais interessadas, em termos a regulamentar.

CAPÍTULO II**Dos órgãos centrais****Secção I****ARTIGO 24.º**

São órgãos centrais do SNS:

I) De natureza consultiva:

O Conselho Nacional de Saúde.

II) De natureza instrumental:

- a) O Departamento de Ensino e Investigação;
- b) O Departamento de Assuntos Farmacêuticos;
- c) O Departamento de Estudos e Planeamento;
- d) O Departamento de Gestão Financeira;
- e) A Inspeção dos Serviços de Saúde.

III) De natureza executiva:

A Administração Central de Saúde.

Secção II**ARTIGO 25.º**

1 — O Conselho Nacional de Saúde é um órgão consultivo da Secretaria de Estado da Saúde e visa a unidade de planeamento da política de saúde.

2 — O Conselho Nacional de Saúde tem um presidente designado pela Assembleia da República pelo período da legislatura e os seguintes vogais:

- a) O presidente da Administração Central de Saúde;
- b) O Presidente do Conselho de Segurança Social;
- c) Um representante do MEC;
- d) Um representante do Ministério das Finanças e do Plano;
- e) Um representante de cada região autónoma;
- f) Um representante de cada região de saúde;
- g) Um representante da Ordem dos Médicos;
- h) Um representante dos sindicatos dos enfermeiros;
- i) Dois representantes dos restantes profissionais de saúde a designar pelos respectivos sindicatos;
- j) Cinco representantes dos utentes do SNS.

3 — Os representantes dos utentes são designados pela Assembleia da República no início e pelo período de cada legislatura.

4 — Os representantes das regiões autónomas são designados pelas respectivas assembleias regionais.

ARTIGO 26.º

1 — Ao Conselho Nacional de Saúde compete, especialmente, pronunciar-se sobre a definição e a orientação superior da política de saúde, dar parecer

sobre as questões que pelo Ministro dos Assuntos Sociais ou pelo Secretário de Estado da Saúde lhe sejam cometidas e intervir nas actividades de responsabilidade interministerial relacionadas com o sector da saúde.

2 — Para efeitos do disposto na parte final do número anterior, são constituídas, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, comissões interministeriais especializadas, presididas por um representante da Secretaria de Estado da Saúde, e em que participam representantes de outros departamentos ministeriais para intervirem, nomeadamente, nos seguintes domínios:

- a) Política democrática;
- b) Alimentação e nutrição;
- c) Política de *habitat*, poluição e saneamento de meio;
- d) Formação profissional;
- e) Saúde ocupacional;
- f) Política do medicamento.

3 — As comissões referidas no número anterior compete propor as medidas necessárias à execução coordenada da política de saúde.

4 — A composição das comissões será fixada em diploma regulamentar.

5 — No Conselho Nacional de Saúde poderão participar técnicos ou entidades de serviços públicos ou privados cuja colaboração seja julgada necessária.

Secção III

ARTIGO 27.º

Ao Departamento de Ensino e Investigação compete:

- a) Promover e coordenar as actividades de ensino e investigação no campo da saúde, da responsabilidade do Ministério dos Assuntos Sociais, e propor as medidas destinadas à articulação e uniformização de objectivos de idênticas actividades dependentes de outros Ministérios;
- b) Promover, assegurar e desenvolver a documentação e informação científica e técnica.

ARTIGO 28.º

Ao Departamento de Assuntos Farmacêuticos compete:

- a) Intervir nas áreas do licenciamento, produção, importação, comercialização, comprovação, informação e consumo de medicamentos, matérias-primas para uso farmacêutico e produtos parafarmacêuticos;
- b) Conceder o licenciamento dos estabelecimentos relacionados com a produção e comercialização de medicamentos.

ARTIGO 29.º

Ao Departamento de Estudos e Planeamento compete:

- a) Elaborar, acompanhar e avaliar os planos sectoriais de desenvolvimento, incluindo a determinação das necessidades em recursos humanos;

- b) Proceder à avaliação global da situação mediante um sistema de informação de saúde;
- c) Estudar e propor as medidas convenientes no campo da economia da saúde;
- d) Assegurar, em geral e no âmbito do sector, as funções previstas no artigo 12.º da Lei n.º 31/77, de 23 de Maio.

ARTIGO 30.º

Ao Departamento de Gestão Financeira compete:

- a) Elaborar o orçamento e a conta do SNS;
- b) Acompanhar e avaliar sistematicamente a execução orçamental;
- c) Definir e unificar os planos de contas do SNS e controlar a respectiva gestão económico-financeira.

ARTIGO 31.º

A Inspeção dos Serviços de Saúde compete:

- a) Inspeccionar as actividades dos órgãos e serviços integrados no SNS;
- b) Inspeccionar o funcionamento das instituições não oficiais e formas de actividade privada no sector da saúde;
- c) Propor medidas correctivas adequadas;
- d) Realizar inquéritos, sindicâncias e processos disciplinares que lhe sejam determinados.

Secção IV

ARTIGO 32.º

A Administração Central de Saúde compete dirigir o SNS segundo a política superiormente definida, coordenar os diferentes sectores de actividade, elaborar normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços e de celebração de convénios, outorgar em convénios de âmbito nacional e, em geral, tomar as decisões que não sejam da competência específica do Ministro dos Assuntos Sociais, do Secretário de Estado da Saúde ou de quaisquer outros órgãos.

ARTIGO 33.º

1 — A Administração Central de Saúde compreende os seguintes departamentos, dirigidos por directores:

- a) O Departamento de Cuidados Primários;
- b) O Departamento de Cuidados Diferenciados;
- c) O Departamento de Recursos Humanos.

2 — O Departamento de Cuidados Primários actua nas seguintes áreas:

- a) Cuidados gerais de saúde enunciados nos n.ºs 2, 4 e 5 do artigo 16.º deste diploma;
- b) *Contrôle* das doenças transmissíveis e das doenças crónico-degenerativas;
- c) Saúde ocupacional;
- d) Higiene dos alimentos e da nutrição;
- e) Higiene do meio ambiente;
- f) Educação para a saúde.

3 — O Departamento de Cuidados Diferenciados actua na área dos cuidados hospitalares, curativos e de reabilitação, enunciados nos n.ºs 3, 4 e 5 do artigo 16.º deste diploma.

4 — O Departamento de Recursos Humanos actua nas seguintes áreas:

- a) Recrutamento, selecção e formação do pessoal;
- b) Gestão das carreiras profissionais;
- c) Exercício profissional.

ARTIGO 34.º

Os departamentos compreendidos na Administração Central de Saúde possuem uma gestão participada por objectivos e exercem uma actividade técnico-normativa assente em estudo e avaliação permanentes.

ARTIGO 35.º

A Administração Central de Saúde é dirigida por um conselho directivo composto pelos directores-gerais dos seus departamentos, que elegem anualmente entre si o presidente.

ARTIGO 36.º

1 — Junto da Administração Central de Saúde funcionam os seguintes gabinetes de apoio, dirigidos por directores, equiparados a directores-gerais:

- a) Gabinete de Instalações e Equipamento;
- b) Gabinete de Informática;
- c) Gabinete Jurídico;
- d) Gabinete de Produtos Biológicos.

2 — O Gabinete de Instalações e Equipamento tem as seguintes atribuições:

- a) Programação dos estabelecimentos de saúde e fiscalização da respectiva execução;
- b) Normalização de instalações e equipamentos de saúde;
- c) Segurança das instalações e manutenção dos equipamentos;
- d) Estudos de mercado e normalização de equipamentos.

3 — O Gabinete de Informática tem as seguintes atribuições:

- a) Organização e racionalização administrativa;
- b) Coordenação da documentação e informação.

4 — O Gabinete Jurídico tem as seguintes atribuições:

- a) Elaboração de pareceres jurídicos;
- b) Preparação de legislação.

5 — O Gabinete de Produtos Biológicos tem as seguintes atribuições:

- a) Orientação das actividades relacionadas com o sangue, suas fracções e produtos homólogos, vacinas e soros;
- b) Orientação das actividades relacionadas com tecidos e órgãos.

6 — A Administração Central de Saúde é ainda apoiada por uma repartição administrativa.

CAPÍTULO III

Dos órgãos regionais e locais

ARTIGO 37.º

1 — A área de competência dos órgãos regionais será fixada de acordo com a regionalização do País que vier a ser aprovada.

2 — A área de competência dos órgãos locais será a do concelho.

ARTIGO 38.º

1 — São órgãos regionais do SNS as administrações regionais de saúde, directamente dependentes da Administração Central de Saúde, e gozando de autonomia administrativa.

2 — As administrações regionais de saúde cabem as funções especificadas no artigo 21.º deste diploma.

ARTIGO 39.º

1 — As administrações regionais de saúde integram os estabelecimentos e serviços de saúde oficiais dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais existentes nas respectivas áreas territoriais e coordenam-se com os estabelecimentos e serviços de âmbito supra-regional.

2 — Os estabelecimentos e serviços dependentes de outros departamentos ministeriais, de empresas públicas ou de empresas nacionalizadas, com excepção dos dependentes de departamentos militares, integram-se nas administrações regionais de saúde à medida que a estrutura do SNS entre em funcionamento nas respectivas regiões.

ARTIGO 40.º

As administrações regionais de saúde são dirigidas por um conselho directivo e compreendem um sector de cuidados primários, um sector de cuidados diferenciados e sectores de apoio técnico e administrativo e dispõem, como órgãos consultivos, de um conselho regional de saúde e de uma comissão técnica.

ARTIGO 41.º

São órgãos locais do SNS as direcções dos centros de saúde concelhios, gozando da competência que lhes for delegada pela respectiva administração regional de saúde e dispondo, como órgãos consultivos, de comissões concelhias de apoio.

CAPÍTULO IV

Dos serviços prestadores dos cuidados de saúde

ARTIGO 42.º

1 — São serviços prestadores de cuidados primários os centros comunitários de saúde.

2 — São serviços prestadores de cuidados diferenciados os hospitais gerais, os hospitais especializados e outras instituições especializadas.

3 — Os serviços prestadores de cuidados dependem das administrações regionais de saúde, sem prejuízo de autonomia que lhes for fixada por lei.

ARTIGO 43.º

1 — Os serviços prestadores de cuidados primários e os serviços prestadores de cuidados diferenciados

estruturam-se e complementam-se de forma articulada quanto ao seu funcionamento.

2 — Nas áreas de especialidades previstas na alínea b) do n.º 2 do artigo 16.º as mesmas equipas asseguram a prestação de cuidados nos serviços referidos no número anterior.

3 — Será sempre assegurada a continuidade e a articulação dos cuidados primários e dos cuidados diferenciados.

4 — Para efeitos dos números anteriores, a coordenação do funcionamento articulado dos cuidados de saúde cabe ao competente órgão regional.

TÍTULO V

Do estatuto do pessoal

ARTIGO 44.º

O pessoal do SNS desempenha uma revelante função social ao serviço do homem e da comunidade. Tem a qualidade de funcionário público ou de agente, sem prejuízo de poder beneficiar de estatuto especial.

ARTIGO 45.º

1 — Ao pessoal do SNS que tenha a qualidade de funcionário é assegurado o regime de carreira.

2 — O pessoal que tenha a qualidade de agente não pode beneficiar de tratamento mais favorável do que o estabelecido para o pessoal referido no número anterior.

ARTIGO 46.º

1 — O regime de serviço do pessoal será estabelecido de acordo com as necessidades de funcionamento dos serviços e dos utentes e com a responsabilidade profissional dos quadros.

2 — O regime de serviço pode ser de tempo completo ou de tempo completo prolongado.

3 — Em qualquer das modalidades previstas no número anterior o regime de serviço será, em princípio, em dedicação exclusiva, com impossibilidade do exercício de quaisquer outras funções públicas ou privadas. O respectivo estatuto regulará as condições de exercício da actividade privada fora do horário de serviço e fixará uma remuneração suplementar para a modalidade de dedicação exclusiva.

4 — Em casos especiais a definir pode ainda autorizar-se o regime de tempo parcial ou o regime de contratação.

5 — Os serviços de funcionamento permanente ou de urgência obedecem a organização e esquema especiais de regime de serviço.

6 — São proibidas as acumulações de lugares no SNS, salvo se se verificar inerência de funções, carência de pessoal devidamente habilitado para o exercício de funções ou complementaridade de actividades.

ARTIGO 47.º

1 — A avaliação da capacidade para o ingresso e acesso às várias categorias na carreira compreende as seguintes modalidades:

- a) Avaliação mediante concurso;
- b) Avaliação permanente do exercício e treino em serviço;

c) Avaliação após curso ou estágio de pós-graduação.

2 — As modalidades enunciadas no número anterior podem ser consideradas isoladas ou conjuntamente, de acordo com as características das várias profissões.

ARTIGO 48.º

1 — O grau da carreira é independente do exercício efectivo de funções e do regime de serviço.

2 — O exercício efectivo de funções pressupõe o correspondente grau da carreira.

ARTIGO 49.º

As remunerações do pessoal do SNS são estabelecidas em função do grau na carreira e do regime de prestação de serviço.

TÍTULO VI

Do financiamento

ARTIGO 50.º

Incumbe ao Estado mobilizar os recursos financeiros indispensáveis ao SNS, de modo a assegurar a sua progressiva implantação e realização.

ARTIGO 51.º

O Governo proporá anualmente à Assembleia da República a afectação ao SNS de uma dotação orçamental que tome em conta a evolução do produto nacional bruto.

TÍTULO VII

Da articulação com o sector privado

ARTIGO 52.º

O SNS articula-se com a existência e funcionamento de instituições não oficiais e formas de actividade privada no âmbito do sector da saúde, sujeitas à disciplina e *contrôle* do Estado, nos termos da Constituição.

ARTIGO 53.º

1 — Podem ser estabelecidos convénios entre o SNS e instituições não oficiais ou entidades privadas, designadamente no campo da hospitalização e dos meios de diagnóstico, nos casos em que a rede de serviços oficial não assegure os cuidados de saúde, mediante normas a estabelecer pela Administração Central de Saúde.

2 — Em casos de necessidade pública, pode o Governo, pelo Ministro dos Assuntos Sociais, proceder à afectação ao SNS do uso de instalações hospitalares ou para-hospitalares devolutas ou manifestamente subaproveitadas e respectivos equipamentos, em termos a regulamentar, ou proceder à expropriação dessas instalações e equipamentos, mediante indemnização.

TÍTULO VIII

Disposições transitórias e finais

ARTIGO 54.º

1 — O exercício do direito e o acesso às prestações, a estrutura interna, a competência, o modo e o regime de funcionamento dos órgãos e serviços, bem como a regulamentação do estatuto do pessoal, constarão de diplomas especiais.

2 — Os diplomas referidos no número anterior estabelecerão ainda as formas e momento da integração dos órgãos e serviços existentes à data da sua publicação, nomeadamente direcções-gerais e serviços médico-sociais, na estrutura agora instituída.

3 — As formas e o prazo de concretização da proibição estabelecida no n.º 6 do artigo 45.º deste diploma serão também objecto de regulamentação especial.

ARTIGO 55.º

A actuação do SNS na área da saúde ocupacional prevista na alínea c) do n.º 2 do artigo 33.º deste diploma será objecto de regulamentação especial, que fixará também a responsabilidade das empresas nos encargos decorrentes das actividades de medicina do trabalho nas próprias empresas.

ARTIGO 56.º

O SNS articular-se-á com o Serviço Nacional de Ambulâncias e com o Serviço Nacional de Bombeiros nos termos que vierem a ser definidos em portaria conjunta dos Ministros competentes.

ARTIGO 57.º

1 — O SNS e os órgãos competentes da segurança social estabelecerão entre si as formas de coordenação de actividades em todos os sectores em que haja interligação de saúde com segurança social.

2 — De acordo com o número anterior, a celebração de convenções internacionais de segurança social que envolvam compromissos no campo da saúde dependerá de parecer prévio da Administração Central de Saúde.

ARTIGO 58.º

1 — O SNS entra gradualmente em funcionamento nos termos e nos distritos que forem fixados por resolução do Conselho de Ministros, sob proposta do Ministro dos Assuntos Sociais, dando-se prioridade às zonas mais carenciadas.

2 — Nas restantes zonas deverão promover-se desde já, sob a orientação da Administração Central de Saúde, as acções de planeamento e as medidas indispensáveis à melhoria das estruturas existentes e à sua integração no SNS.

ARTIGO 59.º

Os beneficiários de esquemas de protecção na doença privativos de sector de actividades ou de estratos profissionais determinados integrar-se-ão, na parte referente a cuidados de saúde, no esquema de prestações do SNS, à medida que a sua estrutura entre em funcionamento nos respectivos distritos.

ARTIGO 60.º

Enquanto não se implantar em todo o País o Serviço Nacional de Saúde, são considerados utentes todos os indivíduos que residam nas sucessivas áreas de implantação, sem prejuízo de, em casos de urgência, se permitir o acesso de residentes noutras áreas.

ARTIGO 61.º

O regime de carreira previsto no n.º 1 do artigo 44.º será regulado por decreto-lei, sem prejuízo do que vier a ser estabelecido em estatuto da função pública.

ARTIGO 62.º

O SNS para os Açores e Madeira será objecto de diploma especial informado pelos princípios constantes das presentes normas e pelos que decorrem da autonomia dessas regiões.

ARTIGO 63.º

O SNS será extensivo ao território de Macau, tendo em conta as condições específicas estabelecidas no seu estatuto próprio.

ARTIGO 64.º

1 — Até à publicação do decreto-lei previsto no n.º 1 do artigo 37.º, e para a determinação da área territorial abrangida pelos órgãos regionais, o distrito será considerado para todos os efeitos como unidade regional.

2 — Os distritos poderão ser agrupados com vista à utilização comum de serviços e à hierarquização dos serviços prestadores.

3 — Enquanto não forem definidas as regiões de saúde, a representação prevista na alínea f) do n.º 2 do artigo 25.º será assegurada pelas administrações distritais de saúde, que, de entre si, designarão seis elementos, tendo em conta uma equitativa representação geográfica.

4 — Pode constituir-se mais do que uma administração distrital de saúde nos distritos que abranjam grandes centros urbanos, mediante portaria do Secretário de Estado da Saúde, sob proposta da Administração Central de Saúde.

ARTIGO 65.º

1 — O Governo elaborará, no prazo de seis meses a contar da publicação da presente lei, os decretos-leis necessários à sua execução.

2 — No mesmo prazo será elaborado o *Formulário Nacional de Medicamentos*, tendo em vista a racionalização do consumo e a valorização do sector nacional, público e privado.

3 — A implantação do SNS deverá iniciar-se no prazo de três meses após a entrada em vigor daqueles diplomas.

Aprovada em 28 de Junho de 1979.

O Vice-Presidente, em exercício, *António Arnaut*.

Promulgado em 21 de Julho de 1979.

Publique-se.

O Presidente da República, *ANTÓNIO RAMALHO EANES*. — O Primeiro-Ministro, *Maria de Lourdes Ruivo da Silva Matos Pintasilgo*.

Anexo 9 Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto

Anexo 9 - Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto: Lei de Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais

N.º 193 — 22 de Agosto de 2003

DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A

5391

Lei n.º 45/2003

de 22 de Agosto

Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, para valer como lei geral da República, o seguinte:

CAPÍTULO I**Objecto e princípios****Artigo 1.º****Objecto**

A presente lei estabelece o enquadramento da actividade e do exercício dos profissionais que aplicam as terapêuticas não convencionais, tal como são definidas pela Organização Mundial de Saúde.

Artigo 2.º**Âmbito de aplicação**

A presente lei aplica-se a todos os profissionais que se dediquem ao exercício das terapêuticas não convencionais nela reconhecidas.

Artigo 3.º**Conceitos**

1 — Consideram-se terapêuticas não convencionais aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias.

2 — Para efeitos de aplicação da presente lei são reconhecidas como terapêuticas não convencionais as praticadas pela acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia.

Artigo 4.º**Princípios**

São princípios orientadores das terapêuticas não convencionais:

1 — O direito individual de opção pelo método terapêutico, baseado numa escolha informada, sobre a inocuidade, qualidade, eficácia e eventuais riscos.

2 — A defesa da saúde pública, no respeito do direito individual de protecção da saúde.

3 — A defesa dos utilizadores, que exige que as terapêuticas não convencionais sejam exercidas com um elevado grau de responsabilidade, diligência e competência, assentando na qualificação profissional de quem as exerce e na respectiva certificação.

4 — A defesa do bem-estar do utilizador, que inclui a complementaridade com outras profissões de saúde.

5 — A promoção da investigação científica nas diferentes áreas das terapêuticas não convencionais, visando alcançar elevados padrões de qualidade, eficácia e efectividade.

CAPÍTULO II**Qualificação e estatuto profissional****Artigo 5.º****Autonomia técnica e deontológica**

É reconhecida autonomia técnica e deontológica no exercício profissional da prática das terapêuticas não convencionais.

Artigo 6.º**Tutela e credenciação profissional**

A prática de terapêuticas não convencionais será credenciada e tutelada pelo Ministério da Saúde.

Artigo 7.º**Formação e certificação de habilitações**

A definição das condições de formação e de certificação de habilitações para o exercício de terapêuticas não convencionais cabe aos Ministérios da Educação e da Ciência e do Ensino Superior.

Artigo 8.º**Comissão técnica**

1 — É criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação e da Ciência e do Ensino Superior uma comissão técnica consultiva, adiante designada por comissão, com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais.

2 — A comissão poderá reunir em secções especializadas criadas para cada uma das terapêuticas não convencionais com vista à definição dos parâmetros específicos de credenciação, formação e certificação dos respectivos profissionais e avaliação de equivalências.

3 — A comissão cessará as suas funções logo que implementado o processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais das terapêuticas não convencionais, que deverá estar concluído até ao final do ano de 2005.

Artigo 9.º**Funcionamento e composição**

1 — Compete ao Governo regulamentar as competências, o funcionamento e a composição da comissão e respectivas secções especializadas, que deverão integrar, designadamente, representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e do Ensino Superior e de cada uma das terapêuticas não convencionais e, caso necessário, peritos de reconhecido mérito na área da saúde.

2 — Cada secção especializada deverá integrar representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e do Ensino Superior, da área das terapêuticas não convencionais a regulamentar e, caso necessário, peritos de reconhecido mérito nessas áreas.

Artigo 10.º**Do exercício da actividade**

1 — A prática de terapêuticas não convencionais só pode ser exercida, nos termos desta lei, pelos profis-

sionais detentores das habilitações legalmente exigidas e devidamente credenciados para o seu exercício.

2 — Os profissionais que exercem as terapêuticas não convencionais estão obrigados a manter um registo individualizado de cada utilizador.

3 — O registo previsto no número anterior deve ser organizado e mantido de forma a respeitar, nos termos da lei, as normas relativas à protecção dos dados pessoais.

4 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais devem obedecer ao princípio da responsabilidade no âmbito da sua competência e, considerando a sua autonomia na avaliação e decisão da instituição da respectiva terapêutica, ficam obrigados a prestar informação, sempre que as circunstâncias o justifiquem, acerca do prognóstico e duração do tratamento.

Artigo 11.º

Locais de prestação de cuidados de saúde

1 — As instalações e outros locais onde sejam prestados cuidados na área das terapêuticas não convencionais só podem funcionar sob a responsabilidade de profissionais devidamente certificados.

2 — Nestes locais será afixada a informação onde conste a identificação dos profissionais que neles exerçam actividade e os preços praticados.

3 — As condições de funcionamento e licenciamento dos locais onde se exercem as terapêuticas não convencionais regem-se de acordo com o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, que regula a criação e fiscalização das unidades privadas de saúde, com as devidas adaptações.

Artigo 12.º

Seguro obrigatório

Os profissionais das terapêuticas não convencionais abrangidos pela presente lei estão obrigados a dispor de um seguro de responsabilidade civil no âmbito da sua actividade profissional, nos termos a regulamentar.

CAPÍTULO III

Dos utentes

Artigo 13.º

Direito de opção e de informação e consentimento

1 — Os cidadãos têm direito a escolher livremente as terapêuticas que entenderem.

2 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais só podem praticar actos com o consentimento informado do utilizador.

Artigo 14.º

Confidencialidade

O processo de cada utente, em posse dos profissionais que exercem terapêuticas não convencionais, é confidencial e só pode ser consultado ou cedido mediante autorização expressa do próprio utilizador ou determinação judicial.

Artigo 15.º

Direito de queixa

Os utilizadores das práticas de terapêuticas não convencionais, para salvaguarda dos seus interesses, podem

participar as ofensas resultantes do exercício de terapêuticas não convencionais aos organismos com competências de fiscalização.

Artigo 16.º

Publicidade

Sem prejuízo das normas previstas em legislação especial, a publicidade de terapêuticas não convencionais rege-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro, na sua actual redacção.

CAPÍTULO IV

Fiscalização e infracções

Artigo 17.º

Fiscalização e sanções

A fiscalização do disposto na presente lei e a definição do respectivo quadro sancionatório serão objecto de regulamentação por parte do Governo.

Artigo 18.º

Infracções

Aos profissionais abrangidos por esta lei que lesem a saúde dos utilizadores ou realizem intervenções sem o respectivo consentimento informado é aplicável o disposto nos artigos 150.º, 156.º e 157.º do Código Penal, em igualdade de circunstâncias com os demais profissionais de saúde.

CAPÍTULO V

Disposições finais

Artigo 19.º

Regulamentação

A presente lei será regulamentada no prazo de 180 dias após a sua entrada em vigor.

Artigo 20.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 15 de Julho de 2003.

O Presidente da Assembleia da República, *João Bosco Mota Amaral*.

Promulgada em 4 de Agosto de 2003.

Publique-se.

O Presidente da República, *JORGE SAMPAIO*.

Referendada em 8 de Agosto de 2003.

O Primeiro-Ministro, *José Manuel Durão Barroso*.

Anexo 10 Proposta de Lei n.º 111/XII/2.^a de 22 de novembro

Anexo 10 – Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª de 22 de novembro: Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

A presente proposta de lei colmata uma lacuna existente há mais de nove anos, e acredita-se que a regulamentação agora proposta salvaguarda o interesse público e a saúde pública.

Foram ouvidas a Comissão Técnica Consultiva prevista na Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, e a Ordem dos Médicos.

Foi consultada a Comissão de Regulação do Acesso a Profissões, que emitiu parecer favorável.

Assim:

Nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 197.º da Constituição, o Governo apresenta à Assembleia da República a seguinte proposta de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

São profissões, no âmbito das terapêuticas não convencionais:

- a*) Acupuntor;
- b*) Fitoterapeuta;
- c*) Homeopata;
- d*) Naturopata;
- e*) Osteopata;
- f*) Quiroprático.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

.....

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

Artigo 3.º

Caracterização e conteúdo funcional

As profissões referidas no artigo anterior compreendem a realização das atividades constantes do anexo à presente lei, da qual faz parte integrante.

Artigo 4.º

Acesso à profissão

- 1 - O acesso às profissões referidas no artigo 2.º depende da titularidade do grau de licenciado obtido na sequência de um ciclo de estudos que satisfaça os requisitos fixados, para cada uma, por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.
- 2 - Na fixação dos requisitos a que se refere o número anterior são considerados os termos de referência da Organização Mundial da Saúde para cada profissão, após a audição da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e da Direção-Geral da Saúde.

Artigo 5.º

Cédula profissional

- 1 - O exercício das profissões referidas no artigo 2.º só é permitido aos detentores de cédula profissional emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., adiante designada por ACSS.
- 2 - A emissão da cédula profissional está condicionada à titularidade de diploma adequado nos termos do artigo 4.º
- 3 - As regras a aplicar ao requerimento e emissão da cédula profissional são aprovadas por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.
- 4 - Pela emissão da cédula profissional é devido o pagamento de uma taxa de montante a fixar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

.....

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

Artigo 6.º

Reserva do título profissional

O uso dos títulos profissionais correspondentes às profissões a que se refere o artigo 2.º só é facultado aos detentores da correspondente cédula profissional.

Artigo 7.º

Registo profissional

1 - A ACSS organiza e mantém atualizado um registo dos profissionais abrangidos pela presente lei.

2 - O registo é público e divulgado através do sítio da Internet da ACSS.

Artigo 8.º

Informação

1 - Os profissionais das terapêuticas não convencionais devem manter um registo claro e detalhado das observações dos utilizadores, bem como dos atos praticados, de modo a que o mesmo possa servir de memória futura.

2 - Os profissionais das terapêuticas não convencionais devem prestar aos utilizadores informação acerca do prognóstico e duração do tratamento, sendo sempre exigido o consentimento informado escrito.

3 - Os profissionais das terapêuticas não convencionais não podem alegar falsamente que os atos que praticam são capazes de curar doenças, disfunções e malformações.

Artigo 9.º

Seguro profissional

Os profissionais das terapêuticas não convencionais estão obrigados a dispor de um seguro de responsabilidade civil no âmbito da sua atividade profissional, sendo o capital mínimo a segurar de € 250 000.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

Artigo 10.º

Locais de prestação de terapêuticas não convencionais

- 1 - Nos termos do n.º 3 do artigo 11.º da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, aos locais de prestação de terapêuticas não convencionais aplica-se o disposto no Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, que estabelece o regime jurídico a que estão sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde.
- 2 - Para efeitos do disposto no número anterior, os locais de prestação de terapêuticas não convencionais enquadram-se, salvo se outra for aplicável, na tipologia prevista para os consultórios médicos.
- 3 - Os locais de prestação de terapêuticas não convencionais estão obrigados a dispor de livro de reclamações.
- 4 - Nos locais de prestação de terapêuticas não convencionais é proibida a comercialização de produtos aos utilizadores.

Artigo 11.º

Fiscalização e controlo

- 1 - Compete à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, sem prejuízo das competências atribuídas por lei a outras entidades, designadamente à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), a fiscalização do cumprimento das disposições legais constantes da presente lei e respetiva regulamentação.
- 2 - No âmbito das respetivas atribuições, compete ainda às entidades a seguir elencadas fiscalizar o cumprimento do disposto na presente lei:
 - a) Às administrações regionais de saúde, no que se refere ao licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde;
 - b) Às autoridades de saúde, no que se refere à defesa da saúde pública;



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

- c) À ACSS, no que se refere ao exercício das profissões;*
- d) Ao INFARMED, I.P., no exercício de funções de regulação e supervisão dos sectores dos medicamentos de uso humano e de produtos de saúde, nomeadamente no que se refere aos medicamentos homeopáticos e medicamentos tradicionais à base de plantas;*
- e) À Entidade Reguladora da Saúde, no exercício da sua atividade reguladora, nomeadamente em matéria de cumprimento dos requisitos de atividade dos estabelecimentos e de monitorização das queixas e reclamações dos utentes;*
- f) À Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, relativamente à verificação do cumprimento das disposições legais e regulamentares e das orientações aplicáveis, bem como a qualidade dos serviços prestados, através da realização de ações de auditoria, inspeção e fiscalização.*
- 3 - Os utilizadores das terapêuticas não convencionais podem sempre, para salvaguarda dos seus interesses, participar as ofensas resultantes do exercício de terapêuticas não convencionais aos organismos com competências de fiscalização.

Artigo 12.º

Regime sancionatório

- 1 - É punível com coima de 10 a 37 unidades de conta processuais, no caso de pessoas singulares, e de 49 a 440 unidades de conta processuais, no caso de pessoas colectivas, a violação do disposto nos artigos 5.º, 6.º, 8.º, 9.º e no n.º 4 do artigo 10.º
- 2 - A tentativa e a negligência são puníveis, sendo as coimas previstas nos números anteriores reduzidas a metade.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.º

- c) À ACSS, no que se refere ao exercício das profissões;
- d) Ao INFARMED, I.P., no exercício de funções de regulação e supervisão dos sectores dos medicamentos de uso humano e de produtos de saúde, nomeadamente no que se refere aos medicamentos homeopáticos e medicamentos tradicionais à base de plantas;
- e) À Entidade Reguladora da Saúde, no exercício da sua atividade reguladora, nomeadamente em matéria de cumprimento dos requisitos de atividade dos estabelecimentos e de monitorização das queixas e reclamações dos utentes;
- f) À Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, relativamente à verificação do cumprimento das disposições legais e regulamentares e das orientações aplicáveis, bem como a qualidade dos serviços prestados, através da realização de ações de auditoria, inspeção e fiscalização.

- 3 - Os utilizadores das terapêuticas não convencionais podem sempre, para salvaguarda dos seus interesses, participar as ofensas resultantes do exercício de terapêuticas não convencionais aos organismos com competências de fiscalização.

Artigo 12.º

Regime sancionatório

- 1 - É punível com coima de 10 a 37 unidades de conta processuais, no caso de pessoas singulares, e de 49 a 440 unidades de conta processuais, no caso de pessoas colectivas, a violação do disposto nos artigos 5.º, 6.º, 8.º, 9.º e no n.º 4 do artigo 10.º
- 2 - A tentativa e a negligência são puníveis, sendo as coimas previstas nos números anteriores reduzidas a metade.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

Artigo 13.º

Sanções acessórias

- 1 - Conjuntamente com as coimas previstas no artigo anterior, podem ser aplicadas, em função da gravidade da contraordenação e da culpa do agente, as seguintes sanções acessórias:
 - a) A suspensão da cédula profissional por um período de 3 meses a 2 anos;
 - b) O cancelamento da cédula profissional;
 - c) A perda de objetos pertencentes ao profissional e que tenham sido utilizados na prática das infrações.
- 2 - A aplicação das sanções acessórias constantes das alíneas a) e b) do número anterior é comunicada à ACSS, para os devidos efeitos, e publicitada no registo a que se refere o n.º 2 do artigo 7.º

Artigo 14.º

Instrução de processos e aplicação de sanções

- 1 - Compete à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde a instrução e decisão dos processos de contraordenação instaurados no âmbito da presente lei, devendo ser-lhe remetidos quaisquer autos de notícia quando levantados por outras entidades.
- 2 - No decurso da averiguação ou da instrução, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde pode solicitar às entidades policiais e a quaisquer outros serviços públicos ou autoridades toda a colaboração ou auxílio que julgue necessário para a realização das finalidades do processo.

Artigo 15.º

Produto das coimas

O produto das coimas reverte em:



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

.....

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

- a) 60% para o Estado;
- b) 30% para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde;
- c) 10% para a entidade que levantar o auto.

Artigo 16.º

Conselho Nacional das Terapêuticas não Convencionais

Como órgão não remunerado de apoio ao Ministro da Saúde para as questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e controlo das profissões previstas na presente lei, é criado o Conselho Nacional das Terapêuticas não Convencionais, cujas competências e regras de funcionamento constam de portaria a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 17.º

Composição

1 - O Conselho Nacional das Terapêuticas não Convencionais tem a seguinte composição:

- a) Um representante da ACSS;
- b) Um representante da DGS;
- c) Um representante do Ministério da tutela do ensino superior;
- d) Representantes de cada profissão, no máximo de dois, indigitados pelas associações profissionais mais representativas da profissão;
- e) Dois docentes indigitados por instituições de ensino oficialmente reconhecidas que ministrem os ciclos de estudos previstos no artigo 4.º

2 - O representante previsto na alínea c) do número anterior é designado pelo ministro da tutela por um período de três anos, sendo os restantes representantes designados pelo membro do governo responsável pela área da saúde por igual período.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

Artigo 18.º

Disposição transitória

1 - Quem, à data da entrada em vigor da presente lei, se encontrar a exercer atividade em alguma das terapêuticas não convencionais reconhecidas pela Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, deve apresentar, na ACSS, no prazo de 90 dias a contar da data de entrada em vigor da regulamentação a que se referem os artigos 4.º e 5.º e o n.º 2 do presente artigo:

- a) Documento emitido pela respetiva entidade patronal, do qual resulte a comprovação do exercício da atividade, ou declaração de exercício de atividade emitida pela Autoridade Tributária e Aduaneira, na qual conste a data de início da atividade;
- b) Documento comprovativo de inscrição num regime de segurança social;
- c) Descrição do respetivo percurso formativo e profissional acompanhada dos documentos comprovativos, nomeadamente:
 - i) Relativamente à terapêutica a praticar, identificação da instituição que ministrou a formação, respetiva duração e a data em que a mesma foi concluída com êxito, bem como eventual estágio praticado, seu local de exercício, duração e identificação do responsável pelo estágio;
 - ii) Formações ou estágios complementares, com identificação das respetivas instituições, durações e datas;
 - iii) Funções exercidas no âmbito da terapêutica a praticar.

2 - A ACSS procede à apreciação curricular documentada referida no número anterior, nos termos que sejam fixados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, e profere uma das seguintes decisões:

- a) Atribuição de uma cédula profissional;



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

b) Atribuição de uma cédula profissional provisória, válida por um período determinado não superior em uma vez e meia ao período para formação complementar cuja conclusão com aproveitamento seja considerada necessária para a atribuição da cédula profissional;

c) Não atribuição da cédula profissional.

3 - Sempre que, por motivo fundamentado, a ACSS julgar insuficientes os documentos probatórios referidos neste artigo, pode solicitar o fornecimento pelos interessados de quaisquer outros meios de prova da situação profissional invocada e ou a intervenção dos serviços competentes do ministério da tutela do emprego.

4 - Nas situações previstas no número anterior, os interessados devem fornecer os elementos exigidos num prazo de 30 dias.

5 - Para a apreciação curricular a que se refere o n.º 2, a ACSS recorre a peritos.

6 - Pela atribuição da cédula profissional provisória é devido o pagamento de uma taxa de montante a fixar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

7 - A formação complementar deve ser realizada em instituições de ensino superior autorizadas a ministrar, nos termos da lei, os ciclos de estudos de licenciatura a que se refere o artigo 4.º

8 - O disposto no presente artigo não prejudica a aplicação do regime legal de reconhecimento de graus académicos estrangeiros e das regras de mobilidade previstas no regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

9 - Para a prossecução dos objetivos previstos no presente artigo, a ACSS pode recorrer ao apoio e colaboração de outras entidades, nomeadamente as previstas no artigo 11.º e, ainda, ao Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P.



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

.....

Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª

Artigo 19.º

Direito subsidiário

É subsidiariamente aplicável o regime geral dos ilícitos de mera ordenação social.

Artigo 20.º

Regulamentação

A regulamentação prevista nos artigos 4.º, 5.º, 16.º e 18.º é aprovada no prazo de 180 dias após a publicação da presente lei.

Artigo 21.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 22 de novembro de 2012

O Primeiro-Ministro

O Ministro Adjunto e dos Assuntos Parlamentares

Anexo 11 Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro

Anexo 11 - Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro: Exercício Profissional das MAC

Diário da República, 1.ª série—N.º 168—2 de setembro de 2013

5439

CAPÍTULO II**Assunção de compromissos e pagamentos em atraso****Artigo 68.º****Assunção de compromissos e pagamentos em atraso**

1 — As entidades previstas no n.º 2 do artigo 2.º dão cumprimento ao disposto na Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, que aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas, alterada pelas Leis n.ºs 20/2012, de 14 de maio, 64/2012, de 20 de dezembro, e 66-B/2012, de 31 de dezembro.

2 — As regiões autónomas podem aprovar mediante decreto legislativo regional normas de regulamentação da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, alterada pelas Leis n.ºs 20/2012, de 14 de maio, 64/2012, de 20 de dezembro, e 66-B/2012, de 31 de dezembro.

3 — Na ausência da regulamentação a que se refere o número anterior, estão as regiões autónomas obrigadas a dar cumprimento ao Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, que contempla as normas legais disciplinadoras dos procedimentos necessários à aplicação da lei dos compromissos e dos pagamentos em atraso, aprovada pela Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, e à operacionalização da prestação de informação nela prevista, alterado pelas Leis n.ºs 64/2012, de 20 de dezembro, e 66-B/2012, de 31 de dezembro.

TÍTULO VIII**Disposições finais e transitórias****Artigo 69.º****Lei-quadro**

A presente lei constitui, em matéria fiscal, a lei-quadro a que se referem a Constituição e os Estatutos Político-Administrativos das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

Artigo 70.º**Cláusulas de salvaguarda**

O disposto na presente lei:

a) Não dispensa o cumprimento de obrigações anteriormente assumidas pelo Estado em relação às regiões autónomas e por estas em relação ao Estado;

b) Não prejudica as obrigações assumidas ou a assumir no âmbito de tratados e acordos internacionais celebrados pelo Estado Português;

c) Não prejudica as prerrogativas constitucionais e estatutárias das regiões autónomas, designadamente as referentes aos direitos de participação nas negociações de tratados ou acordos internacionais.

Artigo 71.º**Norma transitória**

1 — Os créditos tributários ainda pendentes por referência a impostos abolidos pela presente lei podem ser considerados para efeitos de cálculo das transferências para as regiões autónomas, saldando os seus montantes com as transferências dos impostos que os sucederam.

2 — A execução do disposto no n.º 2 do artigo 65.º faz-se por protocolo a celebrar entre a Autoridade Tributária e Aduaneira e as autoridades fiscais regionais, nos 180 dias após a entrada em vigor da presente lei.

3 — Mantém-se em vigor o artigo 5.º da Lei Orgânica n.º 2/2010, de 16 de junho, que dispõe sobre as verbas previstas no Fundo de Coesão, destinadas à Região Autónoma da Madeira.

4 — As verbas previstas no artigo 6.º da Lei Orgânica n.º 2/2010, de 16 de junho, referentes ao financiamento através do Banco Europeu de Investimento, são disponibilizadas pelo Estado à Região Autónoma da Madeira, em conformidade com a programação do financiamento dos projetos a que se destinam e pelos prazos previstos no respetivo financiamento, sendo os juros suportados pelo Estado.

5 — O diploma a que se refere o n.º 2 do artigo 36.º é publicado no prazo de 90 dias a contar do 1.º dia útil seguinte ao da publicação da presente lei.

Artigo 72.º**Adoção do Plano Oficial de Contabilidade Pública**

As regiões autónomas devem adotar, após a data de entrada em vigor da presente lei, o Plano Oficial de Contabilidade Pública ou planos de contabilidade que os substituam.

Artigo 73.º**Norma revogatória**

São revogados:

a) A Lei Orgânica n.º 1/2007, de 19 de fevereiro, alterada pelas Leis Orgânicas n.ºs 1/2010, de 29 de março, e 2/2010, de 16 de junho, e pela Lei n.º 64/2012, de 20 de dezembro;

b) O artigo 20.º da Lei Orgânica n.º 2/2010, de 16 de junho.

Artigo 74.º**Entrada em vigor**

A presente lei orgânica entra em vigor em 1 de janeiro de 2014.

Aprovada em 24 de julho de 2013.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 22 de agosto de 2013.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 26 de agosto de 2013.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

Lei n.º 71/2013**de 2 de setembro****Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais**

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º**Objeto**

A presente lei regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício.

no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

A presente lei aplica-se a todos os profissionais que se dediquem ao exercício das seguintes terapêuticas não convencionais:

- a) Acupuntura;
- b) Fitoterapia;
- c) Homeopatia;
- d) Medicina tradicional chinesa;
- e) Naturopatia;
- f) Osteopatia;
- g) Quiropraxia.

Artigo 3.º

Autonomia técnica e deontológica

É reconhecida autonomia técnica e deontológica no exercício profissional da prática das terapêuticas não convencionais.

Artigo 4.º

Caraterização e conteúdo funcional

As profissões referidas no artigo 2.º compreendem a realização das atividades constantes de portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Artigo 5.º

Acesso à profissão

1 — O acesso às profissões das terapêuticas não convencionais depende da titularidade do grau de licenciado numa das áreas referidas no artigo 2.º, obtido na sequência de um ciclo de estudos compatível com os requisitos fixados, para cada uma, por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

2 — Na fixação dos requisitos a que se refere o número anterior são considerados os termos de referência da Organização Mundial de Saúde para cada profissão, após a audição da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e da Direção-Geral da Saúde, adiante designada por DGS.

Artigo 6.º

Cédula profissional

1 — O exercício das profissões referidas no artigo 2.º só é permitido aos detentores de cédula profissional emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., adiante designada por ACSS.

2 — A emissão da cédula profissional está condicionada à titularidade de diploma adequado, nos termos do artigo 5.º

3 — As regras a aplicar ao requerimento e emissão da cédula profissional são aprovadas por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 — Pela emissão da cédula profissional é devido o pagamento de uma taxa de montante a fixar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Artigo 7.º

Reserva do título profissional

O uso dos títulos profissionais correspondentes às profissões a que se refere o artigo 2.º só é facultado aos detentores da correspondente cédula profissional.

Artigo 8.º

Registo profissional

1 — A ACSS organiza e mantém atualizado um registo dos profissionais abrangidos pela presente lei.

2 — O registo é público e divulgado através do sítio da Internet da ACSS.

Artigo 9.º

Informação

1 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais devem manter um registo claro e detalhado das observações dos utilizadores, bem como dos atos praticados, de modo a que o mesmo possa servir de memória futura.

2 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais devem prestar aos utilizadores informação correta e inteligível acerca do prognóstico, tratamento e duração do mesmo, devendo o consentimento do utilizador ser expressado através de meio adequado em função das boas práticas vigentes na profissão.

3 — Por forma a salvaguardar eventuais interações medicamentosas, o utilizador deve informar por escrito o profissional das terapêuticas não convencionais de todos os medicamentos, convencionais ou naturais, que esteja a tomar.

4 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais não podem alegar falsamente que os atos que praticam são capazes de curar doenças, disfunções e malformações.

Artigo 10.º

Seguro profissional

1 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais estão obrigados a dispor de um seguro de responsabilidade civil no âmbito da sua atividade profissional, nos termos a regulamentar em diploma específico.

2 — A regulamentação prevista no número anterior deve prever, nomeadamente, o capital mínimo a segurar, o âmbito territorial e temporal da garantia, as exclusões aplicáveis, a possibilidade de estabelecimento de franquias e as condições de exercício do direito de regresso.

Artigo 11.º

Locais de prestação de terapêuticas não convencionais

1 — Nos termos do n.º 3 do artigo 11.º da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, aos locais de prestação de terapêuticas não convencionais aplica-se, com as devidas adaptações, o disposto no Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro, que estabelece o regime jurídico a que estão sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, os locais de prestação de terapêuticas não convencionais estão sujeitos ao procedimento de licenciamento simplificado, devendo os respetivos requisitos de funcionamento ser

definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

3 — A direção clínica dos locais de prestação de terapêuticas não convencionais é assegurada por um profissional deste setor, devidamente credenciado.

4 — Nos locais de prestação de terapêuticas não convencionais é proibida a comercialização de produtos aos utilizadores.

Artigo 12.º

Fiscalização e controlo

1 — Compete à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, sem prejuízo das competências atribuídas por lei a outras entidades, designadamente à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), a fiscalização do cumprimento das disposições legais constantes da presente lei e respetiva regulamentação.

2 — No âmbito das respetivas atribuições, compete ainda às entidades a seguir elencadas fiscalizar o cumprimento do disposto na presente lei:

a) Às administrações regionais de saúde, no que se refere ao licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde;

b) Às autoridades de saúde, no que se refere à defesa da saúde pública;

c) À ACSS, no que se refere ao exercício das profissões;

d) Ao INFARMED, I. P., no exercício de funções de regulação e supervisão dos setores dos medicamentos de uso humano e de produtos de saúde, nomeadamente no que se refere aos medicamentos homeopáticos e medicamentos tradicionais à base de plantas, bem como no que respeita aos dispositivos médicos utilizados;

e) À Entidade Reguladora da Saúde, no exercício da sua atividade reguladora, nomeadamente em matéria de cumprimento dos requisitos de atividade dos estabelecimentos e de monitorização das queixas e reclamações dos utentes;

f) À Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, relativamente à verificação do cumprimento das disposições legais e regulamentares e das orientações aplicáveis, bem como da qualidade dos serviços prestados, através da realização de ações de auditoria, inspeção e fiscalização.

3 — Os utilizadores das terapêuticas não convencionais podem sempre, para salvaguarda dos seus interesses, participar as ofensas resultantes do exercício de terapêuticas não convencionais aos organismos com competências de fiscalização.

Artigo 13.º

Regime sancionatório

1 — É punível com coima de 10 a 37 unidades de conta processuais, no caso de pessoas singulares, e de 49 a 440 unidades de conta processuais, no caso de pessoas coletivas, a violação do disposto nos artigos 6.º, 7.º, 9.º, 10.º e nos n.ºs 3 e 4 do artigo 11.º

2 — A tentativa e a negligência são puníveis, sendo as coimas previstas nos números anteriores reduzidas a metade.

Artigo 14.º

Sanções acessórias

1 — Conjuntamente com as coimas previstas no artigo anterior, podem ser aplicadas, em função da gravidade

da contraordenação e da culpa do agente, as seguintes sanções acessórias:

a) A suspensão da cédula profissional por um período de três meses a dois anos;

b) O cancelamento da cédula profissional;

c) A perda de objetos pertencentes ao profissional e que tenham sido utilizados na prática das infrações.

2 — A aplicação das sanções acessórias constantes das alíneas a) e b) do número anterior é comunicada à ACSS, para os devidos efeitos, e publicitada no registo a que se refere o n.º 2 do artigo 8.º

Artigo 15.º

Instrução de processos e aplicação de sanções

1 — Compete à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde a instrução e decisão dos processos de contraordenação instaurados no âmbito da presente lei, devendo ser-lhe remetidos quaisquer autos de notícia quando levantados por outras entidades.

2 — No decurso da averiguação ou da instrução, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde pode solicitar às entidades policiais e a quaisquer outros serviços públicos ou autoridades toda a colaboração ou auxílio que julgue necessários para a realização das finalidades do processo.

Artigo 16.º

Produto das coimas

O produto das coimas reverte em:

a) 60 % para o Estado;

b) 30 % para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde;

c) 10 % para a entidade que levantou o auto.

Artigo 17.º

Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais

Como órgão não remunerado de apoio ao Ministro da Saúde para as questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e regulação das profissões previstas na presente lei, é criado o Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais, cujas competências e regras de funcionamento constam de portaria a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 18.º

Composição

1 — O Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais tem a seguinte composição:

a) Um representante da ACSS;

b) Dois representantes da DGS;

c) Um representante do ministério da tutela do ensino superior;

d) Um representante do ministério da tutela do trabalho;

e) Dois representantes de cada profissão, indigitados pelas associações profissionais mais representativas da profissão;

f) Um representante da Ordem dos Médicos;

g) Um representante da Ordem dos Farmacêuticos;

h) Dois docentes indigitados por instituições de ensino oficialmente reconhecidas que ministrem os ciclos de estudos previstos no artigo 5.º;

i) Dois representantes de entidades de defesa dos direitos do consumidor.

2 — Os representantes previstos nas alíneas c) e d) do número anterior são designados pelos competentes ministros da tutela por um período de três anos, sendo os restantes representantes designados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde por igual período.

3 — O membro do Governo responsável pela área da saúde nomeia o presidente do Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais de entre os representantes referidos no n.º 1.

Artigo 19.º

Disposição transitória

1 — Quem, à data da entrada em vigor da presente lei, se encontrar a exercer atividade em alguma das terapêuticas não convencionais a que se refere o artigo 2.º, deve apresentar, na ACSS, no prazo de 180 dias a contar da data de entrada em vigor da regulamentação a que se referem os artigos 5.º e 6.º e o n.º 2 do presente artigo:

a) Documento emitido pela respetiva entidade patronal, do qual resulte a comprovação do exercício da atividade, ou declaração de exercício de atividade emitida pela Autoridade Tributária e Aduaneira, na qual conste a data de início da atividade;

b) Documento comprovativo de inscrição num regime de segurança social;

c) Descrição do respetivo percurso formativo e profissional, em formato de *curriculum vitae* europeu, acompanhada dos documentos comprovativos, nomeadamente:

i) Relativamente à terapêutica a praticar, identificação da instituição que ministrou a formação, respetiva duração e a data em que a mesma foi concluída com êxito, bem como eventual estágio praticado, seu local de exercício, duração e identificação do responsável pelo estágio;

ii) Formações ou estágios complementares, com identificação das respetivas instituições, durações e datas;

iii) Funções exercidas no âmbito da terapêutica a praticar.

2 — AACSS procede à apreciação curricular documentada referida no número anterior, nos termos que sejam fixados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, e profere uma das seguintes decisões:

a) Atribuição de uma cédula profissional;

b) Atribuição de uma cédula profissional provisória, válida por um período determinado não superior a duas vezes o período para formação complementar cuja conclusão com aproveitamento seja considerada necessária para a atribuição da cédula profissional, nos termos do artigo 6.º;

c) Não atribuição da cédula profissional.

3 — Sempre que, por motivo fundamentado, a ACSS julgar insuficientes os documentos probatórios referidos no presente artigo, pode solicitar o fornecimento pelos interessados de quaisquer outros meios de prova da situação profissional invocada e ou a intervenção dos serviços competentes do ministério com a tutela do emprego.

4 — Nas situações previstas no número anterior, os interessados devem fornecer os elementos exigidos num prazo de 60 dias.

5 — Pela atribuição da cédula profissional provisória é devido o pagamento de uma taxa de montante a fixar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

6 — Para efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 5.º, as instituições de formação/ensino não superior que, à data da entrada em vigor da presente lei, se encontrem legalmente constituídas e a promover formação/ensino na área das terapêuticas não convencionais legalmente reconhecidas, dispõem de um período não superior a cinco anos para efeitos de adaptação ao regime jurídico das instituições de ensino superior, nos termos a regulamentar pelo Governo em legislação especial.

7 — O disposto no presente artigo não prejudica a aplicação do regime legal de reconhecimento de graus académicos estrangeiros e das regras de mobilidade previstas no regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

8 — Para a prossecução dos objetivos previstos no presente artigo, a ACSS pode recorrer ao apoio e colaboração de outras entidades, nomeadamente as previstas no artigo 12.º, ao Instituto de Emprego e Formação Profissional, I. P., a peritos no exercício da terapêutica não convencional em apreço ou a instituições internacionais que tenham acompanhado processos semelhantes.

9 — O disposto no n.º 4 do artigo 11.º entra em vigor dois anos após a publicação da presente lei.

Artigo 20.º

Direito subsidiário

É subsidiariamente aplicável o regime geral dos ilícitos de mera ordenação social.

Artigo 21.º

Regulamentação

A regulamentação prevista nos artigos 4.º, 5.º, 6.º, 10.º, 11.º, 17.º e 19.º é aprovada no prazo de 180 dias após a publicação da presente lei.

Artigo 22.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Aprovada em 24 de julho de 2013.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 22 de agosto de 2013.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 26 de agosto de 2013.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS

Aviso n.º 90/2013

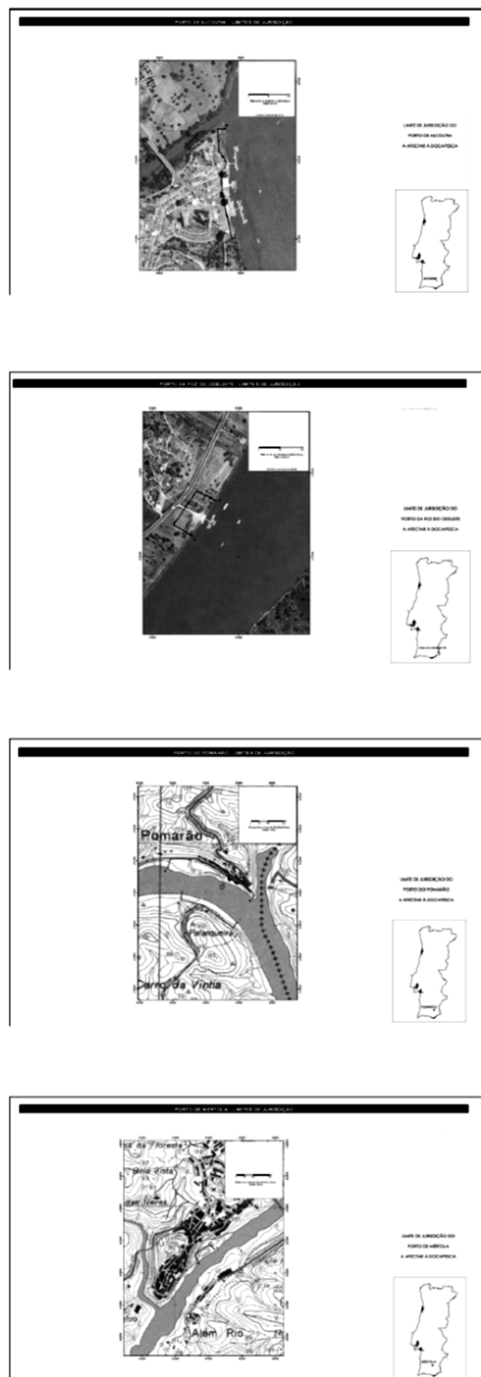
Por ordem superior se torna público o depósito, junto da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência

Anexo 12 Portaria n.º 25/2014 de 3 de fevereiro

Anexo 12 - Portaria n.º 25/2014 de 3 de fevereiro

918

Diário da República, 1.ª série—N.º 23—3 de fevereiro de 2014



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 25/2014

de 3 de fevereiro

A Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, regulamentando a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto.

A citada lei prevê que a criação do Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais, como órgão não remunerado de apoio ao Ministro da Saúde para as questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e regulação das profissões previstas naquela lei, devendo as suas competências e regras de funcionamento constar de portaria a aprovar pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

Assim, ao abrigo do disposto no artigo 17.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, manda o Governo, pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Competências do Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais

O Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais, com a composição prevista no n.º 1 do artigo 18.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, detém as seguintes competências:

- a) Propor normas técnicas de atuação profissional, tendo em conta a interligação com as várias profissões na área da saúde;
- b) Emitir pareceres e elaborar estudos sobre matérias relacionadas com as competências e o conteúdo funcional das profissões e, quando solicitado, emitir parecer sobre a concessão de títulos profissionais;
- c) Propor normas sobre ética, deontologia e qualificação profissional;
- d) Colaborar com entidades nacionais e estrangeiras na realização de estudos e trabalhos que visem o aperfeiçoamento das profissões e manter, a nível nacional e internacional, relações com organismos congéneres;
- e) Colaborar com as entidades que têm a seu cargo a fiscalização e controlo do exercício profissional nas ações que visem a deteção e erradicação de situações de exercício ilegal;
- f) Pronunciar-se, quando solicitado pela respetiva autoridade competente, sobre os pedidos de reconhecimento, certificados e outros títulos de cidadãos de Estados membros da União Europeia, para efeitos de autorização do exercício profissional em Portugal;
- g) Propor ao Ministro da Saúde quaisquer ações que entenda deverem ser desenvolvidas, tendo em conta, nomeadamente, o seu carácter prioritário;
- h) Exercer as demais competências que lhe forem confiadas pelo Ministro da Saúde.

Artigo 2.º

Regras de funcionamento

1 — O Conselho reúne em plenário uma vez por ano e extraordinariamente sempre que convocado pelo seu

presidente, nomeadamente a pedido de mais de metade dos seus membros.

2 — O Conselho pode funcionar por secções representativas de cada uma das profissões.

3 — O funcionamento do Conselho e das secções obedece a regulamento interno a aprovar pelo Conselho e a homologar pelo Ministro da Saúde.

4 — Sempre que necessário, podem ser consultados peritos, para assuntos determinados com funções consultivas.

Artigo 3.º

Apoio administrativo

O Conselho funciona nas instalações da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, que assegura o necessário apoio logístico e administrativo.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 23 de janeiro de 2014.

COMISSÃO NACIONAL DE ELEIÇÕES

Declaração de Retificação n.º 6/2014

Tendo sido publicado com incorreções no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 242, suplemento, de 13 de dezembro de 2013, o mapa oficial dos resultados das eleições gerais dos órgãos das autarquias locais (Mapa Oficial n.º 1-A/2013), são efetuadas as seguintes retificações:

1 — Em todas as partes constituintes do referido mapa, onde se lê «PM-MPC», sigla do grupo de cidadãos eleitores Paulo Varanda — Movimento pelo Cartaxo, concorrente aos órgãos autárquicos municipais e de freguesia do Município do Cartaxo, deve ler-se «PV-MPC».

2 — Na parte «2 — Percentagens de votos expressos nas candidaturas e mandatos atribuídos» do mapa oficial é omissa a indicação do órgão câmara municipal para os municípios de Amarante e Santa Cruz da Graciosa, bem assim dos dados correspondentes, que agora são publicados no mapa 1 em anexo.

3 — A ordem de inserção das siglas dos grupos de cidadãos eleitores em cada linha da coluna «Siglas GCE» e em cada um dos mapas «I — Resultados da Votação» e «II — Percentagens de votos expressos nas candidaturas e mandatos atribuídos» é a que consta do mapa 2 em anexo, nos casos nele identificados.

4 — Do mapa 3 em anexo consta a correspondência entre as siglas referidas no número anterior e as designações dos grupos de cidadãos eleitores.

5 — São republicadas integralmente no mapa 4 em anexo as listas dos cidadãos eleitos para 58 órgãos municipais e de freguesia em que foram detetadas incorreções.

A versão consolidada com estas retificações do mapa oficial encontra-se disponível no sítio oficial da Comissão Nacional de Eleições na Internet.

14 de janeiro de 2014. — O Presidente, *Fernando da Costa Soares*.

ANEXOS

MAPA 1

Retificação da parte «2 — Percentagens de votos expressos nas candidaturas e mandatos atribuídos»

Eleição			Partidos													Coligações					GCE					Siglas Coligações	Siglas GCE
Cód.	Conc.	Freg.	Org.	B.E.	CD-AP	MT	P.A.R.	FAN	PCTP/INRP	PND	PPD/PSD	PRM	PRV	PS	PTP	PCP-REV	[A]	[B]	[C]	[D]	[E]						
130100	AMARANTE		CH	1,45	0										39,05	4	2,15	0	40,66	4	16,31	1			[HAI]		
440100	SANTA CRUZ DA GRACIOSA		CH								37,37	2			55,73	3					6,90				[HE]		

Anexo 13 Portaria n.º 181/2014 de 12 de setembro

Anexo 13 - Portaria n.º 181/2014 de 12 de setembro*Diário da República, 1.ª série—N.º 176—12 de setembro de 2014***4927**

n.º 158/91, de 26 de abril, e do Decreto-Lei n.º 294/2009, de 13 de outubro.

Considerando que a referida arrendatária declara não pretender exercer o direito que lhe é atribuído pelo Decreto-Lei n.º 349/91, de 19 de setembro, e que se demonstra que os seus direitos como arrendatária estão salvaguardados, encontram-se assim reunidos os requisitos legais indispensáveis para que ocorra a reversão, ao abrigo do n.º 2 do artigo 44.º da Lei n.º 86/95, de 1 de setembro.

Assim:

Atento o disposto no n.º 2 do artigo 44.º da Lei n.º 86/95, de 1 de setembro, manda o Governo, pelo Primeiro-Ministro e pela Ministra da Agricultura e do Mar, o seguinte:

Artigo 1.º**Reversão**

É aprovada a reversão a favor de Nuno Tristão Neves, Ana Maria Neves Tavares da Costa e Jorge Manuel Neves Tavares da Costa, na qualidade de herdeiros legítimos, da área de 8,5930 ha, respeitante ao lote 110-OL, que faz parte integrante do prédio rústico denominado «Herdade dos Machados», inscrito na matriz predial rústica sob o artigo 1.º, secção I a I-8, da freguesia de Santo Agostinho, concelho de Moura.

Artigo 2.º**Norma revogatória**

É revogada a Portaria n.º 740/75, de 13 de dezembro, na parte em que expropria a área referida no artigo anterior.

Artigo 3.º**Entrada em vigor**

A presente portaria produz efeitos no dia seguinte ao da sua publicação.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*, em 1 de setembro de 2014. — A Ministra da Agricultura e do Mar, *Maria de Assunção Oliveira Cristas Machado da Graça*, em 18 de agosto de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Portaria n.º 181/2014****de 12 de setembro**

O artigo 19.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, vem regular o acesso à cédula profissional dos terapeutas, que, à data da entrada em vigor da referida lei, se encontram a exercer atividade em alguma das áreas de terapêuticas não convencionais a que se refere o artigo 2.º, e, não tendo o correspondente grau de licenciado numa dessas áreas, possam candidatar-se à atribuição de cédula profissional.

A apreciação curricular da documentação apresentada pelos requerentes compete à Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 19.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, manda o Governo, pelo

Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º**Grupo de Trabalho de Avaliação Curricular dos Profissionais das Terapêuticas não Convencionais**

1 — É criado, no âmbito da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., adiante designada por ACSS, o Grupo de Trabalho de Avaliação Curricular dos Profissionais das Terapêuticas não Convencionais, a seguir designado Grupo de Trabalho, com o objetivo de proceder à apreciação curricular da documentação enviada pelos profissionais que à data da entrada em vigor da mencionada lei se encontravam a exercer atividade em alguma das terapêuticas não convencionais.

2 — Compete ao Grupo de Trabalho emitir parecer que informe a decisão para a atribuição de cédula profissional ou, se for o caso, atribuição de cédula profissional provisória ou não atribuição de cédula profissional.

Artigo 2.º**Composição**

1 — O Grupo de Trabalho será designado pelo Conselho Diretivo da ACSS.

2 — O Grupo de Trabalho deverá ter a colaboração de pelo menos um elemento da Direção-Geral da Saúde no processo de avaliação curricular dos requerentes.

3 — Para além dos elementos referidos no número anterior, poderá ainda o Grupo de Trabalho ter a colaboração de outras entidades, de acordo com o previsto no n.º 8 do artigo 19.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, designadamente de profissionais das terapêuticas não convencionais.

Artigo 3.º**Atribuições**

1 — O Grupo de Trabalho procede à apreciação curricular da documentação apresentada pelos requerentes, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 19.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro.

2 — Compete ao Grupo de Trabalho emitir parecer que informe a decisão de atribuição de cédula profissional, de atribuição de cédula profissional provisória ou de não atribuição de cédula profissional.

3 — As propostas do Grupo de Trabalho são submetidas ao Presidente do Conselho Diretivo da ACSS para decisão, devendo o requerente ser notificado da mesma, para que, caso entenda, possa recorrer da decisão nos prazos legalmente estipulados.

Artigo 4.º**Apreciação**

1 — Na apreciação curricular, o Grupo de Trabalho avalia os critérios definidos na tabela abaixo e atribui a correspondente classificação.

a) Escolaridade

9.º ano — 1 ponto.

12.º ano — 2 pontos.

Licenciatura (*1) — 3 pontos.

Mestrado ou Doutoramento (*1) — 4 pontos.

(*1) Quem tiver um grau académico numa profissão de saúde, de acordo com a definição da Classificação Portuguesa das Profissões INE 2010, tem uma majoração neste critério de 2 pontos.

b) Experiência profissional

Até 3 anos — 1 ponto.
3 a 6 anos — 2 pontos.
6 a 9 anos — 3 pontos.
10 ou mais anos — 4 pontos.

c) Formação escolar na área

Até 1000 horas — 1 ponto.
1000-1500 horas — 2 pontos.
1500-2000 horas — 3 pontos.
Mais de 2000 horas — 4 pontos.

d) Formação ou estágios complementares

50-100 horas — 1 ponto.
101-150 horas — 2 pontos.
151-200 horas — 3 pontos.
Mais de 200 horas — 4 pontos.

e) Critérios suplementares

Uma publicação em revista ou livro indexado — 1 ponto.

Três ou mais publicações em revista ou livro indexado — 2 pontos.

2 — Se a classificação apurada for igual ou superior a 14 pontos, será emitido parecer no sentido da atribuição da cédula profissional.

3 — Se a classificação apurada for entre 8 e 13 pontos, será emitido parecer no sentido da atribuição da cédula profissional provisória e fixado número de créditos a obter em cada componente de formação do ciclo de estudos da licenciatura correspondente, bem como o período para conclusão dessa formação complementar com aproveitamento, para que seja possível a atribuição da cédula profissional.

4 — Se a classificação apurada for de menos de 8 pontos, os requerentes serão sujeitos a outros critérios de avaliação, de acordo com o disposto no artigo seguinte.

Artigo 5.º

Outros critérios de avaliação

1 — O Grupo de Trabalho poderá recorrer a outros critérios para a atribuição de cédula profissional provisória, sempre que o considere relevante, tais como exame (*escrito/oral/prático*), discussão curricular, entrevista ou outros.

2 — No caso de recurso a outros critérios de avaliação, será nomeado pelo Conselho Diretivo da ACSS, mediante proposta do Grupo de Trabalho, um júri composto por peritos no exercício da terapêutica não convencional em apreço ou a instituições nacionais ou estrangeiras que tenham reconhecidamente capacidade de avaliação dos profissionais da área.

3 — A avaliação efetuada ao abrigo do número anterior pode conduzir à atribuição de cédula profissional provisória ou à não atribuição de cédula profissional.

4 — No caso de ser atribuída cédula profissional provisória, será fixado número de créditos a obter em cada componente de formação do ciclo de estudos da licenciatura correspondente, bem como o período para conclusão dessa formação complementar com aproveitamento, para que seja possível a atribuição da cédula profissional.

Artigo 6.º

Prazo da cédula profissional provisória

1 — A cédula profissional provisória é válida por um período determinado, não superior a duas vezes o período para formação complementar fixado nos termos do n.º 3 do artigo 4.º

2 — No final do prazo de validade da cédula profissional provisória, e caso o profissional não tenha obtido a respetiva cédula profissional, deixará o mesmo de poder exercer a profissão.

Artigo 7.º

Apoio logístico

Todo o apoio técnico e logístico ao Grupo de Trabalho será assegurado pela ACSS.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 27 de agosto de 2014.

Portaria n.º 182/2014

de 12 de setembro

A Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, veio regular o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, na sequência da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto.

Nos termos do artigo 11.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, aos locais de prestação de terapêuticas não convencionais aplica-se, com as devidas adaptações, o regime jurídico a que estão sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde.

O referido diploma legal determina, ainda, que os requisitos de funcionamento a que estão sujeitos os locais de prestação de terapêuticas não convencionais são aprovados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 11.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, manda o Governo, pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das terapêuticas não convencionais.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do presente diploma, consideram-se unidades privadas de terapêuticas não convencionais as clínicas ou consultórios que prossigam atividades legalmente atribuídas a cada uma das terapêuticas não convencionais, elencadas no artigo 2.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro.

Anexo 14 Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro

Anexo 14 - Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro

4928

Diário da República, 1.ª série—N.º 176—12 de setembro de 2014

b) Experiência profissional

Até 3 anos — 1 ponto.
3 a 6 anos — 2 pontos.
6 a 9 anos — 3 pontos.
10 ou mais anos — 4 pontos.

c) Formação escolar na área

Até 1000 horas — 1 ponto.
1000-1500 horas — 2 pontos.
1500-2000 horas — 3 pontos.
Mais de 2000 horas — 4 pontos.

d) Formação ou estágios complementares

50-100 horas — 1 ponto.
101-150 horas — 2 pontos.
151-200 horas — 3 pontos.
Mais de 200 horas — 4 pontos.

e) Critérios suplementares

Uma publicação em revista ou livro indexado — 1 ponto.
Três ou mais publicações em revista ou livro indexado — 2 pontos.

2 — Se a classificação apurada for igual ou superior a 14 pontos, será emitido parecer no sentido da atribuição da cédula profissional.

3 — Se a classificação apurada for entre 8 e 13 pontos, será emitido parecer no sentido da atribuição da cédula profissional provisória e fixado número de créditos a obter em cada componente de formação do ciclo de estudos da licenciatura correspondente, bem como o período para conclusão dessa formação complementar com aproveitamento, para que seja possível a atribuição da cédula profissional.

4 — Se a classificação apurada for de menos de 8 pontos, os requerentes serão sujeitos a outros critérios de avaliação, de acordo com o disposto no artigo seguinte.

Artigo 5.º

Outros critérios de avaliação

1 — O Grupo de Trabalho poderá recorrer a outros critérios para a atribuição de cédula profissional provisória, sempre que o considere relevante, tais como exame (*escrito/oral/prático*), discussão curricular, entrevista ou outros.

2 — No caso de recurso a outros critérios de avaliação, será nomeado pelo Conselho Diretivo da ACSS, mediante proposta do Grupo de Trabalho, um júri composto por peritos no exercício da terapêutica não convencional em apreço ou a instituições nacionais ou estrangeiras que tenham reconhecidamente capacidade de avaliação dos profissionais da área.

3 — A avaliação efetuada ao abrigo do número anterior pode conduzir à atribuição de cédula profissional provisória ou à não atribuição de cédula profissional.

4 — No caso de ser atribuída cédula profissional provisória, será fixado número de créditos a obter em cada componente de formação do ciclo de estudos da licenciatura correspondente, bem como o período para conclusão dessa formação complementar com aproveitamento, para que seja possível a atribuição da cédula profissional.

Artigo 6.º

Prazo da cédula profissional provisória

1 — A cédula profissional provisória é válida por um período determinado, não superior a duas vezes o período para formação complementar fixado nos termos do n.º 3 do artigo 4.º

2 — No final do prazo de validade da cédula profissional provisória, e caso o profissional não tenha obtido a respetiva cédula profissional, deixará o mesmo de poder exercer a profissão.

Artigo 7.º

Apoio logístico

Todo o apoio técnico e logístico ao Grupo de Trabalho será assegurado pela ACSS.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 27 de agosto de 2014.

Portaria n.º 182/2014

de 12 de setembro

A Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, veio regular o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, na sequência da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto.

Nos termos do artigo 11.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, aos locais de prestação de terapêuticas não convencionais aplica-se, com as devidas adaptações, o regime jurídico a que estão sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde.

O referido diploma legal determina, ainda, que os requisitos de funcionamento a que estão sujeitos os locais de prestação de terapêuticas não convencionais são aprovados por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 11.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, manda o Governo, pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das terapêuticas não convencionais.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do presente diploma, consideram-se unidades privadas de terapêuticas não convencionais as clínicas ou consultórios que prossigam atividades legalmente atribuídas a cada uma das terapêuticas não convencionais, elencadas no artigo 2.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro.

CAPÍTULO II**Organização e funcionamento****Artigo 3.º****Licenciamento**

Às clínicas ou consultórios que prossigam atividades legalmente atribuídas a cada uma das terapêuticas não convencionais aplica-se, com as devidas adaptações, o regime jurídico a que estão sujeitas a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde.

Artigo 4.º**Qualidade e segurança**

As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais estão sujeitos ao cumprimento das regras de segurança e qualidade, designadamente as emanadas pela Direção-Geral da Saúde.

Artigo 5.º**Informação aos utentes**

Deve ser colocado em local bem visível do público o horário de funcionamento, a identificação do responsável pela direção clínica, os procedimentos a adotar em situações de emergência e os direitos e deveres dos utentes, devendo ainda estar disponível para consulta a tabela de preços.

Artigo 6.º**Registo, conservação e arquivo**

As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais devem conservar durante os períodos constantes da lei vigente os registos terapêuticos dos utentes.

CAPÍTULO III**Instrução do processo****Artigo 7.º****Documentação**

1 — As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais devem dispor em arquivo da seguinte documentação:

- a) Cópia autenticada do cartão de identificação de pessoa coletiva ou, no caso de pessoa singular, do cartão de cidadão ou do bilhete de identidade e do respetivo cartão de contribuinte;
- b) Levantamento atualizado de arquitetura;
- c) Autorização de utilização emitido pela câmara municipal competente;
- d) Certidão atualizada do registo comercial, ou código de acesso à certidão permanente.

2 — Adicionalmente, se aplicável, as unidades privadas de terapêuticas não convencionais devem dispor ainda em arquivo da seguinte documentação:

- a) Cópia do contrato com a entidade certificada para o fornecimento de artigos esterilizados;
- b) Cópia do termo de responsabilidade pela exploração das instalações elétricas;
- c) Certificado de inspeção das instalações de gás.

Artigo 8.º**Condições de licenciamento**

1 — São condições de atribuição da licença de funcionamento:

- a) A idoneidade do requerente, a qual, no caso de se tratar de pessoa coletiva, deve ser preenchida pelos administradores, ou diretores ou gerentes que detenham a direção efetiva do estabelecimento;
- b) A idoneidade profissional dos responsáveis técnicos;
- c) O cumprimento dos requisitos que permitam a garantia da qualidade técnica dos cuidados e tratamentos a prestar, bem como dos equipamentos de que ficarão dotados.

2 — Para efeitos do disposto na alínea a) do número anterior, são consideradas idóneas as pessoas relativamente às quais se não verifique algum dos seguintes impedimentos:

- a) Proibição legal do exercício do comércio;
- b) Condenação, com trânsito em julgado, qualquer que tenha sido a natureza do crime nos casos em que tenha sido decretada a interdição do exercício de profissão;
- c) Inibição do exercício da atividade profissional pelo organismo legalmente competente, durante o período determinado.

3 — Para efeitos do disposto na alínea b) do n.º 1, são considerados idóneos os profissionais em relação aos quais não se verifique algum dos seguintes impedimentos:

- a) Condenação, com trânsito em julgado, qualquer que tenha sido a natureza do crime nos casos em que tenha sido decretada a interdição do exercício de profissão;
- b) Inibição do exercício da atividade profissional pelo organismo legalmente competente, durante o período determinado.

4 — O disposto nos números anteriores deixa de produzir efeitos após reabilitação ou pelo decurso do prazo de interdição fixado pela decisão condenatória.

CAPÍTULO IV**Recursos humanos****Artigo 9.º****Período transitório**

Estipula-se um prazo de um ano após a entrada em vigor da regulamentação de atribuição de cédula profissional para os responsáveis pela direção clínica procederem à obtenção da mesma.

CAPÍTULO V**Requisitos técnicos****Artigo 10.º****Meio físico e espaço envolvente**

1 — As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais devem situar-se em locais adequados ao exercício da atividade, cumprindo os requisitos estabelecidos na lei em matéria de construção e urbanismo.

2 — As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais devem garantir, por si ou com recurso a terceiros, a gestão de resíduos em conformidade com as disposições legais.

Artigo 11.º

Normas genéricas de construção, segurança e privacidade

1 — A construção deve contemplar a eliminação de barreiras arquitetónicas, nos termos das normas técnicas sobre acessibilidades, em vigor.

2 — A sinalética deve ser concebida de forma a ser compreendida pelos utentes.

3 — Os acabamentos utilizados nas unidades privadas de terapêuticas não convencionais devem permitir a manutenção de um grau de higienização compatível com a atividade desenvolvida nos locais a que se destinam.

4 — As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais devem garantir a localização de instalações técnicas, de armazenagem de fluidos inflamáveis ou perigosos e de gases medicinais, caso existam, nas condições de segurança legalmente impostas.

5 — Salvo situações devidamente justificadas, os corredores e demais circulações horizontais deverão ter como pé-direito útil mínimo 2,40 m. Entende-se por pé-direito útil a altura livre do pavimento ao teto ou teto falso.

6 — Sempre que as clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais não disponham de acesso de nível ao exterior e/ou tenham um desenvolvimento em altura superior a três pisos, devem dispor de elevador ou outro aparelho elevatório adequado.

7 — As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais devem garantir as condições que permitam o respeito pela privacidade e dignidade dos utentes.

8 — Os equipamentos de suporte vital e de emergência exigíveis devem estar acessíveis e funcionais, e devem ser objeto de ensaios regulares documentados.

Artigo 12.º

Especificações técnicas

São aprovadas especificações técnicas no que diz respeito aos compartimentos das clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais e aos requisitos mínimos

de equipamentos técnicos nos anexos I a VII da presente portaria, da qual fazem parte integrante.

CAPÍTULO VI

Disposições finais

Artigo 13.º

Serviços de ação médica

Sempre que a unidade dispuser de serviços de ação médica, estes devem cumprir as exigências e requisitos constantes nos respetivos diplomas.

Artigo 14.º

Livro de reclamações

As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais estão sujeitos à obrigatoriedade de existência e disponibilização de livro de reclamações, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 15.º

Adaptação das instalações e equipamentos

As clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais, devem proceder às respetivas adaptações constantes da presente portaria, num prazo máximo de dois anos, a partir da data de entrada em vigor da mesma.

Artigo 16.º

Início de vigência

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde,
Fernando Serra Leal da Costa, em 28 de agosto de 2014.

ANEXO I

(a que se refere o artigo 12.º)

Compartimentos a considerar:

Designação	Função do compartimento (e outras informações)	Área útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Área de acolhimento				
Recepção/secretaria	Secretaria com zona de atendimento de público.	—	—	Facultativo em unidades de um só gabinete de consulta.
Zona de espera	Espera pelo atendimento	—	—	Junto à recepção/secretaria, caso exista.
Instalação sanitária	—	—	—	Adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
Área clínica/técnica				
Gabinete de consulta	Elaboração da história clínica dos doentes e observação.	10 (a) 12 (b)	2,60	—
Sala de avaliação/diagnóstico/tratamentos	—	—	—	Facultativa.
Vestibário de utentes	Mudança de roupa dos utentes.	—	—	Facultativo.
Área de pessoal				
Vestibário de pessoal (c)	—	—	—	Com zona de cacifos.
I. S. de pessoal	—	—	—	Em unidades com mais de dois gabinetes de consulta.

Designação	Função do compartimento (e outras informações)	Área útil (mínima) m²	Largura (mínima) m	Obs.
Área logística				
Sala de sujos e despejos	Para arrumação temporária de sacos de roupa suja e de resíduos e despejos.	—	—	Caso não exista necessidade de despejos, pode ser zona de sujos.
Zona de roupa limpa	Armazenagem	—	—	Arrumação em armário/estante/carro.
Zona de material de consumo	Armazenagem	—	—	Arrumação em armário/estante/carro.
Zona de material de uso clínico	Armazenagem	—	—	Arrumação em armário/estante/carro.
Material de limpeza	Armazenagem	—	—	—

(a) Aceitável em unidades existentes e em funcionamento à data de publicação do presente diploma.

(b) Área suficiente para a marcação de tratamentos e circulação de terapia.

(c) Facultativo se previsto menos de quatro trabalhadores em simultâneo.

ANEXO II

(a que se refere o artigo 12.º)

Climatização

Requisitos mínimos a considerar:

Os compartimentos devem satisfazer as condições da atmosfera de trabalho, de temperatura e de humidade previstas na legislação em vigor sobre comportamento térmico e sistemas energéticos dos edifícios e sobre higiene e segurança do trabalho.

As instalações sanitárias e compartimentos destinados a sujos e despejos devem dispor de ventilação forçada, subpressão, com o mínimo de 10 renovações/hora.

ANEXO III

(a que se refere o artigo 12.º)

Equipamentos de desinfecção e esterilização

Requisitos mínimos a considerar:

Para a obtenção de artigos esterilizados, deverão adotar-se as seguintes modalidades:

a) Utilização exclusiva de artigos descartáveis (não podem ser reprocessados para utilização posterior);

b) Utilização de artigos esterilizados em entidade externa certificada;

c) Utilização de artigos esterilizados em serviço interno de esterilização para uma parte ou a totalidade das necessidades da unidade. Em caso de esterilização pelo serviço interno de apenas uma parte do material, o restante deverá ser obtido com recurso às opções descritas em a) e b);

d) Utilização de artigos esterilizados em serviço central de esterilização.

Requisitos especiais:

1 — Todos os dispositivos potencialmente contaminados são manipulados, recolhidos e transportados em condições de segurança, em caixas ou carros fechados, para a área de descontaminação de forma a evitar o risco de contaminação dos circuitos envolventes e de doentes e pessoal.

2 — O serviço interno de esterilização deve satisfazer aos normativos em vigor com vista a assegurar o cumprimento das seguintes fases:

a) Recolha de instrumentos ou dispositivos médicos;

b) Limpeza e descontaminação;

c) Triagem, montagem e embalagem;

d) Esterilizador validado e mantido de acordo com a legislação nacional, adaptado às necessidades do serviço e ao tipo de técnicas utilizadas;

e) Em caso de existência de uma Central de Esterilização para a totalidade dos artigos esterilizados da unidade de saúde, esta deverá estar concebida, organizada e equipada de acordo com os normativos e legislação em vigor, dispor da capacidade adequada às necessidades da unidade de saúde e estar certificada.

ANEXO IV

(a que se refere o artigo 12.º)

Instalações e equipamentos elétricos

Requisitos mínimos a considerar:

1 — As instalações elétricas deverão satisfazer as regras e regulamentos aplicáveis.

2 — Todos os compartimentos deverão dispor do número de tomadas necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza.

ANEXO V

(a que se refere o artigo 12.º)

Equipamento sanitário

Requisitos mínimos a considerar:

Serviço/compartimento	Equipamento sanitário
Instalação sanitária de público, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada:	
Antecâmara (se existir)	Lavatório (recomendável).
Cabine de retrete	Lavatório e bacia de retrete ⁽¹⁾ .
Gabinete de consulta	Sistema de desinfecção de mãos, preferencialmente lavatório com torneira de comando não manual.
Sala de avaliação/diagnóstico/tratamentos (se existir).	Sistema de desinfecção de mãos, preferencialmente lavatório com torneira de comando não manual.

4932

Diário da República, 1.ª série—N.º 176—12 de setembro de 2014

Serviço/compartimento	Equipamento sanitário
Instalação sanitária de pessoal (se existir):	
Antecâmara (se existir)	Lavatório (recomendável).
Cabine de retrete	Lavatório e bacia de retrete.
Sala de sujos e despejos	Lavatório, pia hospitalar.

⁽¹⁾ Com acessórios para pessoas com mobilidade condicionada.

ANEXO VI

(a que se refere o artigo 12.º)

Equipamento geral

O equipamento geral deve ser o adequado para permitir o exercício com qualidade da respetiva terapêutica não convencional, garantindo a segurança do utente, devidamente

autorizados e registados pelas autoridades competentes, caso aplicável.

ANEXO VII

(a que se refere o artigo 12.º)

Resíduos hospitalares

Sempre que as clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais produzam lixos considerados infetados, devem assegurar, por si ou com recurso a terceiros, a respetiva destruição, por incineração ou outro meio igualmente eficaz, de forma a não pôr em causa a saúde pública e o ambiente, nos termos da legislação em vigor.

Todos os lixos potencialmente contaminados devem ser manipulados, recolhidos e transportados em condições de segurança, em caixas ou carros fechados, para a zona de sujos e despejos, de forma a evitar o risco de contaminação dos circuitos envolventes e de doentes e pessoal.

Anexo 15 Portarias n.º 182-A/2014 e n.º 182-B/2014 de 12 de setembro

Anexo 15 - Portarias n.º 182-A/2014 e n.º 182-B/2014 de 12 de setembro

4932-(2)

Diário da República, 1.ª série — N.º 176 — 12 de setembro de 2014

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA SAÚDE

Portaria n.º 182-A/2014

de 12 de setembro

A Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, regulamentando a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto.

A citada lei prevê que pela emissão da cédula profissional é devido o pagamento de uma taxa de montante a fixar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, pelo que se procede agora a tal definição.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 4 do artigo 6.º e no n.º 5 do artigo 19.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento e Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo único

Taxas

1. É fixado em € 60 (sessenta euros), o montante da taxa a pagar pelo registo profissional e emissão da correspondente cédula profissional para o exercício das profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais.

2. É fixado em € 60 (sessenta euros), o montante da taxa a pagar pelo registo profissional e pela emissão da cédula profissional provisória para o exercício das profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais.

3. É fixado em € 30 (trinta euros) o montante da taxa a pagar pela emissão de novas vias de cédula profissional.

4. As verbas mencionadas nos números anteriores são pagas no momento da entrega ou envio do respetivo requerimento na Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Em 1 de agosto de 2014.

O Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, *Helder Manuel Gomes dos Reis*. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 182-B/2014

de 12 de setembro

A Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, regulamentando a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto.

A citada lei prevê que as regras a aplicar ao requerimento e emissão da cédula profissional são aprovadas por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, pelo que se procede agora a tal definição.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, manda o Governo,

pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Cédula profissional

1. A emissão da cédula profissional está condicionada à titularidade de diploma adequado, nos termos do artigo 5.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro.

2. Para efeitos do disposto no número anterior, os diplomados por estabelecimentos de ensino superior estrangeiros devem solicitar o registo/reconhecimento ou equivalência do seu grau académico de acordo com, respetivamente, o Decreto-Lei n.º 341/2007, de 12 outubro, ou o Decreto-Lei n.º 283/83, de 21 de junho.

3. O modelo da cédula profissional é o constante do anexo I à presente portaria, da qual faz parte integrante.

Artigo 2.º

Requerimento de cédula profissional

1. O requerimento para emissão de cédula profissional para o exercício das profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais é o constante do anexo III à presente portaria e inclui:

a) Elementos de identificação pessoal (cartão do cidadão, bilhete de identidade ou passaporte, cartão de contribuinte, fotografia atualizada).

b) Certificado do registo criminal emitido há menos de 3 meses.

c) Cópia do certificado de habilitações ou diploma de formação com identificação do estabelecimento de ensino, nota e data de conclusão do curso ou de outras formações relevantes para a profissão.

2. O requerimento e os documentos comprovativos deverão ser enviados através de uma plataforma informática que será disponibilizada no sítio da ACSS IP.

3. Quaisquer alterações aos elementos a que se refere o número anterior devem ser comunicadas à ACSS até 30 dias úteis após a sua verificação.

4. Após a atribuição da cédula deverá o profissional contratar o respetivo seguro de responsabilidade civil profissional, e introduzir, nos 30 dias úteis seguintes, a identificação da apólice na plataforma informática.

Artigo 3.º

Suspensão da cédula profissional

1. A cédula profissional pode ser suspensa a pedido do seu detentor, nomeadamente quando sobrevenha impedimento ou incompatibilidade para o exercício da sua atividade.

2. A cédula profissional pode ainda ser suspensa a título de sanção acessória, nos termos do disposto no artigo 14.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro.

3. A cédula profissional suspensa deve ser devolvida à ACSS.

Artigo 4.º

Cancelamento da cédula profissional

A cédula profissional pode ser cancelada a título de sanção acessória, nos termos do disposto no artigo 14.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, devendo, em tal caso, a mesma ser devolvida à ACSS.

Anexo 16 Portaria n.º 200/2014 de 3 de outubro

Anexo 16 - Portaria n.º 200/2014 de 3 de outubro

Diário da República, 1.ª série—N.º 191—3 de outubro de 2014

5139

Unidade Curricular	Resultados da Aprendizagem
Gestão de Recursos Humanos	Demonstrar e aplicar técnicas de gestão pública financeira e fornecer instrumentos de análise e controlo. Aplicar a perspectiva administrativa e desenvolvimentista da governança do pessoal a prestar serviço na PSP, incluindo a avaliação de desempenho e a identificação de indicadores de qualidade.
Planeamento de Operações e Gestão de Grandes Eventos	Dominar os conhecimentos e as práticas de planeamento, controlo, supervisão e avaliação de operações policiais ao nível de Divisão Policial e similares, nomeadamente a gestão de incidentes críticos e a segurança de eventos, incluindo os espetáculos desportivos.
Segurança Pública	Identificar os fundamentos éticos relevantes para o serviço policial e operacionalizar as dimensões sociopolíticas da segurança e as opções da governança.
Direito Policial	Identificar e aplicar os fundamentos jurídicos da atividade policial, nomeadamente a processual penal e a administrativa.
Relatório Final	Resolver problemas autonomamente e comunicar as suas conclusões, através da metodologia do estudo de caso contextualizado, formulando recomendações de boas práticas a implementar.

PARTE II**Formação Complementar**

Em simultâneo com a formação científica e teórica ministrada ao longo do curso (Parte I — Quadro 1), é ainda ministrada a seguinte formação:

QUADRO 3

Formação Complementar Prática	Carga Horária
Desporto	30 horas
Simulação e Treino de Grandes Eventos	12 horas
Visitas de Estudo	12 horas

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Portaria n.º 200/2014****de 3 de outubro**

A Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, regulamentando a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto.

A citada lei obriga os profissionais das terapêuticas não convencionais a disporem de um seguro de responsabilidade civil no âmbito da sua atividade profissional, o mesmo deve obedecer às condições mínimas ora elencadas.

Assim, ao abrigo do disposto no artigo 10.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, manda o Governo, pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º**Capital mínimo a segurar**

1 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais previstas na Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, com cédula profissional emitida pela ACSS, I. P., estão obrigados a dispor de um seguro de responsabilidade civil, com o capital mínimo de 150.000€ por anuidade e sinistro.

Artigo 2.º**Coberturas obrigatórias**

O disposto no artigo anterior inclui indemnizações por danos diretos, indiretos, morais, bem como, defesa jurídica, recurso e custas judiciais.

Artigo 3.º**Âmbito territorial da garantia**

O âmbito de aplicação do seguro aplica-se a todo o território nacional.

Artigo 4.º**Âmbito temporal da garantia**

Devem ficar garantidas as reclamações formuladas durante o período de vigência do contrato ou até 24 meses após o termo do mesmo desde que causados por atos ou omissões do segurado a partir da data de início da apólice desde que não cobertos por outra apólice válida.

Artigo 5.º**Exclusões aplicáveis**

As exclusões aplicáveis no âmbito deste seguro são as que a seguir se transcrevem, sem prejuízo de outras que se encontrem ajustadas à atividade em apreço:

a) Danos ocorridos em consequência de ato para o qual, nos termos da lei ou dos regulamentos aplicáveis, o segurado não se encontre habilitado;

b) Danos causados a quaisquer pessoas cuja responsabilidade esteja garantida;

c) Danos decorrentes de custas e quaisquer outras despesas provenientes de procedimento criminal, fianças, coimas, multas, taxas ou outros encargos de idêntica natureza;

d) Danos ocorridos em consequência de guerra, greve, lock-out, tumultos, comoções civis, assaltos em consequência de distúrbios laborais, sabotagem, terrorismo, atos de vandalismo, insurreições civis ou militares ou decisões de autoridades ou de forças usurpando a autoridade e *hijacking*.

Artigo 6.º

Estabelecimento de franquias

O estabelecimento de franquias são as que constam das condições gerais do contrato negociadas entre a seguradora e o tomador do seguro o qual poderá incluir uma franquia não oponível a terceiros lesados nem aos seus herdeiros.

Artigo 7.º

Exercício do direito de regresso

Prevê-se o direito de regresso do segurador contra o civilmente responsável, nos seguintes casos:

- a) Quando os danos resultem de qualquer infração às leis e/ou regulamentos aplicáveis ao exercício da atividade;
- b) Quando os danos decorram de atos ou omissões dolosas do segurado ou de pessoas por quem este seja civilmente responsável;
- c) Quando a responsabilidade decorrer de atos e omissões praticados pelo segurado ou por pessoa por quem este seja civilmente responsável, quando praticados em estado de demência ou sob a influência do álcool ou de outras substâncias estupefacientes ou psicotrópicas.

Artigo 8.º

Cessação dos efeitos da apólice

A cessação da produção de efeitos do contrato de seguro ocorrerá designadamente:

- a) Na data de cessação voluntária da atividade do segurado;
- b) Na data em que o segurado seja condenado em pena acessória de interdição de exercício de atividade da qual emerge responsabilidade civil garantida através da apólice;
- c) Cancelamento da cédula profissional;
- d) Caducidade da cédula profissional provisória.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 24 de setembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE, EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 201/2014

de 3 de outubro

Portaria de extensão das alterações do contrato coletivo entre a Associação Portuguesa das Empresas do Setor Elétrico e Eletrónico e a FETESE — Federação dos Sindicatos da Indústria e Serviços e outros.

As alterações do contrato coletivo entre a Associação Portuguesa das Empresas do Setor Elétrico e Eletrónico e a FETESE — Federação dos Sindicatos da Indústria e Serviços e outros, publicadas no *Boletim do Trabalho e Emprego*, n.º 20, de 29 de maio de 2014, abrangem as relações de trabalho entre empregadores que no território nacional se dediquem, no domínio do setor elétrico e eletrónico, energia e telecomunicações, pelo menos, a uma das atividades industriais ou comerciais de fabricação, projeto, investigação, engenharia de *software* e engenharia de sistemas,

instalação, manutenção e assistência técnica, prestação de serviços de telecomunicações básicos, complementares ou de valor acrescentado, e trabalhadores ao seu serviço, uns e outros representados pelas associações que as outorgaram.

As partes requereram a extensão das alterações da convenção a todas as empresas que, na área de aplicação da convenção se dediquem à mesma atividade não filiadas na associação de empregadores outorgante e aos trabalhadores ao seu serviço, das profissões e categorias nela previstas, não representados pelas associações sindicais outorgantes, de acordo com as alíneas a) e b) do n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 90/2012, de 31 de outubro, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 211, de 31 de outubro, alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 43/2014, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 122, de 27 de junho de 2014, doravante designada por RCM.

No setor de atividade, no âmbito geográfico, pessoal e profissional de aplicação pretendido na extensão, os elementos disponíveis nos Quadros de Pessoal de 2012 indicam que a parte empregadora subscritora da convenção tem ao seu serviço 79,9 % dos trabalhadores.

Considerando que a convenção atualiza a tabela salarial e que importa ter em conta os seus efeitos no emprego e na competitividade das empresas do setor, procedeu-se ao estudo de avaliação do impacto da extensão da tabela salarial. Segundo os Quadros de Pessoal de 2012, a atualização das retribuições efetivas dos trabalhadores por conta de outrem abrangidos pela presente extensão, inferiores às retribuições convencionadas, representa um acréscimo nominal na ordem dos 1,6 % na massa salarial do total dos trabalhadores por conta de outrem abrangidos.

A convenção atualiza, ainda, outras prestações de conteúdo pecuniário como o valor do subsídio de refeição, em 3,8 %, e o prémio de antiguidade, em 1,2 %. Não se dispõe de dados estatísticos que permitam avaliar o impacto destas prestações. Considerando a finalidade da extensão e que as mesmas prestações foram objeto de extensões anteriores, justifica-se incluí-las na extensão.

As anteriores extensões da convenção não se aplicaram aos trabalhadores representados pela FIEQUIMETAL — Federação Intersindical das Indústrias Metalúrgicas, Químicas, Elétricas, Farmacêutica, Celulose, Papel, Gráfica, Imprensa, Energia e Minas em virtude da oposição por esta deduzida, pelo que a presente extensão também não abrange os mesmos trabalhadores. Tendo, ainda, em consideração a existência no setor de atividade da presente convenção de outra convenção coletiva outorgada por diferente associação de empregadores, com âmbito parcialmente coincidente, assegura-se, na medida do possível, a uniformização do estatuto laboral em cada empresa.

Embora a convenção tenha área nacional, a extensão de convenções coletivas nas Regiões Autónomas compete aos respetivos Governos Regionais, pelo que a extensão apenas é aplicável no território do continente.

Foi publicado o aviso relativo à presente extensão no *Boletim do Trabalho e Emprego*, n.º 27, de 22 de julho de 2014, ao qual não foi deduzida oposição por parte dos interessados.

Ponderadas as circunstâncias sociais e económicas justificativas da extensão, nos termos do n.º 2 do artigo 514.º do Código do Trabalho e observados os critérios necessários para o alargamento das condições de trabalho previstas na convenção, nomeadamente o critério da representatividade previsto no ponto i) da alínea c) do n.º 1 da RCM promove-se a extensão das alterações do contrato coletivo em causa.

Anexo 17 Portaria n.º 207-A/2014 de 8 de outubro

Anexo 17 - Portaria n.º 207-A/2014 de 8 de outubro

5176-(2)

*Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014***MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO
E CIÊNCIA****Portaria n.º 207-A/2014****de 8 de outubro**

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a naturopatia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º**Objeto**

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de naturopata.

Artigo 2.º**Naturopatia**

1 — A naturopatia é a terapêutica que estuda as propriedades e aplicações dos elementos naturais, a fim de prevenir a doença e manter, promover e restaurar a saúde, recorrendo ainda ao aconselhamento dietético naturopático e à orientação sobre estilos de vida e utilizando a fitoterapia, a homeopatia, a hidroterapia, a geoterapia, as terapias da manipulação e outros métodos afins.

2 — A naturopatia:

a) Consiste numa abordagem holística, energética e natural do ser humano, através de métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios, assentes em axiomas e teorias específicas;

b) Recorre aos agentes físicos e métodos energéticos, com base nas filosofias ocidental e oriental, através dos quais diagnostica, trata e cuida dos pacientes, utilizando sistemas e práticas que se baseiam em tratamentos e cuidados de ação bio-psicofisiológica e higiénicos, que têm como objetivo reequilibrar as funções orgânicas e outras situações anormais existentes no organismo, proporcionando ao mesmo tempo as condições indispensáveis à manutenção e recuperação do seu equilíbrio, no total respeito pelas «leis naturais» que regulam as funções do corpo humano e pelas «leis naturopáticas» que devem regular a terapêutica e os cuidados de saúde de índole natural com vista a atingir a autocura.

Artigo 3.º**Naturopata**

1 — A naturopatia é exercida sob o título profissional de naturopata.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de naturopata só pode

ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de naturopata só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

Artigo 4.º**Referencial de competências****1 — O naturopata deve ter:**

a) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios da naturopatia, evidenciando-o através de várias abordagens, e selecionando os planos de tratamento para ir ao encontro das necessidades individuais dos utentes;

b) Conhecimentos dos princípios e estratégias terapêuticas, bem como da gestão do plano de tratamento, aplicando terapias energéticas, plantas medicinais, fórmulas e produtos homeopáticos e nutrientes sob a forma de suplementos alimentares, de acordo com a legislação em vigor;

c) Conhecimentos aprofundados das indicações e contraindicações dos diversos tratamentos naturopáticos;

d) Conhecimentos suficientes da visão naturalista-holística do ser humano, de modo a reconhecer e interpretar sinais de disfunção e desenvolver estratégias e tratamentos naturais adequados;

e) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;

f) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal, que lhe permitam uma recolha adequada dos factos pessoais e familiares relevantes para a aplicação da terapêutica, a manutenção de uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e a prevenção e resolução das situações de conflito;

g) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais que lhe permitam fazer um aconselhamento adequado e eficaz sobre estilos de vida saudável;

h) Conhecimentos suficientes de fisiologia, patologia, fisiopatologia, observação de sinais e da sintomatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde.

2 — O naturopata deve ser capaz de:

a) Atuar na sua prática profissional de modo a promover a saúde e prevenir a doença dos seus clientes, avaliando-os, realizando o exame de saúde naturopático e utilizando meios de diagnóstico próprios da naturopatia de forma a avaliar a constituição e vitalidade e a diferenciar os fatores que determinam os padrões de desequilíbrio sistémico e as suas relações no contexto do utente de acordo com a aplicação das teorias da naturopatia;

b) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da naturopatia e necessitem da intervenção de outro profissional;

c) Aconselhar regimes nutricionais, dietéticos e estilos de vida;

d) Investigar e avaliar, em conjunto com o cliente, os fatores individuais que podem afetar a sua saúde e bem-estar;

e) Prestar informação aos clientes e ao público com vista à promoção da saúde e à prevenção das doenças;

f) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;

g) Ministrar combinações ou fórmulas de plantas e acompanhar a evolução do tratamento de acordo com a legislação em vigor para esses produtos;

h) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento naturopático;

i) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;

j) Avaliar criticamente a sua prática da naturopatia através da autorreflexão, respostas dos clientes e dos colegas, análise de casos e auditorias;

k) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;

l) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da naturopatia e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;

m) Elaborar estudos de caso no âmbito da naturopatia e proceder à sua apresentação;

n) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da naturopatia.

3 — O naturopata deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de naturopatia;

b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

e) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

f) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da naturopatia;

g) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticas utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados naturopáticos de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

k) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

l) Dispor-se a participar na formação no âmbito da naturopatia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

m) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde naturopáticos;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-B/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a osteopatia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de osteopata.

Artigo 2.º

Osteopatia

1 — A osteopatia é a terapêutica que tem como objetivo diagnosticar diferencialmente, tratar e prevenir distúrbios neuro-músculo-esqueléticos e outras alterações relacionadas, utilizando uma variedade de técnicas manuais e outras afins necessárias ao bom desempenho osteopático para melhorar funções fisiológicas e ou a regulação da homeostase que pode estar alterada por disfunções somáticas, neuro-músculo-esqueléticas e elementos vasculares, linfáticos e neuronais relacionados.

2 — A osteopatia:

a) Tem uma abordagem sistémica dos cuidados prestados e baseia-se no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, na qual todas as partes estão interligadas e possui mecanismos inerentes de autorregulação e autocura;

b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença;

c) Enfatiza a integridade estrutural e funcional do corpo humano e a sua capacidade intrínseca para a autocura;

d) Dá especial atenção à biomecânica do sistema neuro-músculo-esquelético e à sua relação com a fisiologia do organismo;

e) Tem como componentes essenciais da intervenção o diagnóstico estrutural, o tratamento manipulativo e outros necessários ao bom desempenho osteopático.

Anexo 18 Portaria n.º 207-B/2014 de 8 de outubro

Anexo 18 - Portaria n.º 207-B/2014 de 8 de outubro

Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014

5176-(3)

f) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;

g) Ministrar combinações ou fórmulas de plantas e acompanhar a evolução do tratamento de acordo com a legislação em vigor para esses produtos;

h) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento naturopático;

i) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;

j) Avaliar criticamente a sua prática da naturopatia através da autorreflexão, respostas dos clientes e dos colegas, análise de casos e auditorias;

k) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;

l) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da naturopatia e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;

m) Elaborar estudos de caso no âmbito da naturopatia e proceder à sua apresentação;

n) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da naturopatia.

3 — O naturopata deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de naturopatia;

b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

e) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

f) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da naturopatia;

g) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticas utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados naturopáticos de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

k) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

l) Dispor-se a participar na formação no âmbito da naturopatia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

m) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde naturopáticos;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-B/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a osteopatia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de osteopata.

Artigo 2.º

Osteopatia

1 — A osteopatia é a terapêutica que tem como objetivo diagnosticar diferencialmente, tratar e prevenir distúrbios neuro-músculo-esqueléticos e outras alterações relacionadas, utilizando uma variedade de técnicas manuais e outras afins necessárias ao bom desempenho osteopático para melhorar funções fisiológicas e ou a regulação da homeostase que pode estar alterada por disfunções somáticas, neuro-músculo-esqueléticas e elementos vasculares, linfáticos e neuronais relacionados.

2 — A osteopatia:

a) Tem uma abordagem sistémica dos cuidados prestados e baseia-se no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, na qual todas as partes estão interligadas e possui mecanismos inerentes de autorregulação e autocura;

b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença;

c) Enfatiza a integridade estrutural e funcional do corpo humano e a sua capacidade intrínseca para a autocura;

d) Dá especial atenção à biomecânica do sistema neuro-músculo-esquelético e à sua relação com a fisiologia do organismo;

e) Tem como componentes essenciais da intervenção o diagnóstico estrutural, o tratamento manipulativo e outros necessários ao bom desempenho osteopático.

Artigo 3.º**Osteopata**

1 — A osteopatia é exercida sob o título profissional de osteopata.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de osteopata só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de osteopata só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos da lei.

Artigo 4.º**Referencial de competências**

1 — O osteopata deve ter:

a) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios osteopáticos evidenciando-os em ações, através de várias abordagens, selecionando e utilizando as técnicas definidas na *leges artis* da osteopatia para ir ao encontro das necessidades das pessoas;

b) Conhecimentos das ciências básicas no contexto da teoria da osteopatia e nos diferentes modelos de estrutura-função, incluindo, pelo menos, o papel de fatores vasculares, neurológicos, linfáticos, biomecânicos, biológicos e energéticos na manutenção de funções bioquímicas, celulares e anatómicas, na saúde e na doença;

c) Conhecimentos suficientes de fisiologia, patologia, fisiopatologia, observação de sinais e da sintomatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde;

d) Conhecimentos suficientes do ser humano de modo a reconhecer e interpretar sinais de disfunção e a desenvolver estratégias e tratamentos adequados;

e) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;

f) Conhecimentos aprofundados para compreender os princípios da biomecânica de forma a aplicar as técnicas osteopáticas de forma segura e eficaz;

g) Conhecimentos aprofundados das técnicas de palpação e proprioceção de modo a poder distinguir o funcionamento normal e anormal dos diferentes sistemas e tecidos do organismo e interpretar os resultados;

h) Conhecimentos aprofundados das indicações e contraindicações do tratamento osteopático;

i) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais que lhe permita fazer um aconselhamento adequado e eficaz sobre estilos de vida saudável;

j) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal que lhe permita uma adequada recolha dos factos pessoais e familiares relevantes para a terapêutica, manter uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e fazer a prevenção e a resolução das situações de conflito.

2 — O osteopata deve ser capaz de:

a) Perceber alterações na fisiologia do sistema neuro-músculo-esquelético, nomeadamente através da observação, palpação e amplitude dos movimentos;

b) Utilizar, na sua atividade, a compreensão da relação entre estrutura e função para otimizar a autorregulação

do organismo e as técnicas necessárias ao tratamento dos clientes;

c) Adquirir uma perícia altamente desenvolvida nas diferentes técnicas de manipulação osteopática;

d) Prestar informação aos clientes e ao público com vista à promoção da saúde e prevenção das doenças, nomeadamente através do aconselhamento sobre posturas corretas, exercício físico e hábitos alimentares;

e) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da osteopatia e necessitem da intervenção de outro profissional;

f) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento osteopático;

g) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;

h) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;

i) Ajudar o cliente a tomar medidas para melhorar o seu bem-estar e a adotar estilos de vida saudáveis;

j) Avaliar criticamente a sua prática da osteopatia através da autorreflexão, resposta dos clientes e dos colegas, análise de casos e auditorias;

k) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;

l) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da osteopatia e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;

m) Elaborar estudos de caso no âmbito da osteopatia e proceder à sua apresentação;

n) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da osteopatia.

3 — O osteopata deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de osteopatia;

b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

e) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

f) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da osteopatia;

g) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticas utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados osteopáticos de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacien-

tes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

k) Dispor-se a participar na formação no âmbito da osteopatia, nomeadamente acolhendo estudantes e estágiários;

l) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde osteopáticos;

m) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-C/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a homeopatia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de homeopata.

Artigo 2.º

Homeopatia

1 — A homeopatia é a terapêutica que utiliza, para prevenção e tratamento, medicamentos homeopáticos obtidos a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na *Farmacopeia Europeia* ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro da União Europeia, e que pode conter vários princípios.

2 — Os princípios teóricos em que se baseia a homeopatia são, designadamente, a lei da semelhança, o princípio da duração da cura, o princípio do remédio único, a teoria da dose mínima infinitesimal e a teoria da doença crónica.

3 — A homeopatia trata as doenças com medicamentos que, numa pessoa saudável, produziram sintomas semelhantes aos da doença.

4 — Em vez de combater a doença diretamente, os medicamentos homeopáticos têm por função estimular o corpo a lutar contra a doença.

5 — Os medicamentos homeopáticos baseiam-se no princípio de que diluições de moléculas potencialmente ativas retêm a «memória» da substância original.

6 — Com o fundamento de que o «semelhante cura o semelhante», a homeopatia utiliza uma abordagem holística para o diagnóstico e tratamento dos sintomas do paciente, incluindo na sua prática a orientação da dieta e dos estilos de vida segundo os parâmetros homeopáticos.

7 — Os medicamentos homeopáticos têm como princípio a indução de um processo de reorganização das funções vitais, estimulando o mecanismo de autorregulação.

Artigo 3.º

Homeopata

1 — A homeopatia é exercida sob o título profissional de homeopata.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de homeopata só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de homeopata só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos da lei.

Artigo 4.º

Referencial de competências

1 — O homeopata deve ter:

a) Conhecimentos críticos das bases teóricas específicas que fundamentam o seu diagnóstico e a sua intervenção terapêutica;

b) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios homeopáticos, evidenciando-os através de várias abordagens e selecionando medicamentos homeopáticos para ir ao encontro das necessidades das pessoas;

c) Conhecimentos aprofundados das indicações e contra-indicações do tratamento homeopático;

d) Conhecimentos suficientes do ser humano de modo a reconhecer e interpretar sinais de disfunção e a desenvolver estratégias e tratamentos adequados;

e) Conhecimentos suficientes de fisiologia, patologia, fisiopatologia, observação de sinais e da sintomatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde;

f) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;

g) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal, que lhe permitam uma recolha adequada dos factos pessoais e familiares relevantes para a aplicação da terapêutica, a manutenção de uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e a prevenção e resolução das situações de conflito;

h) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais que lhe permitam fazer um aconselhamento adequado e eficaz sobre estilos de vida saudável.

2 — O homeopata deve ser capaz de:

a) Dominar as teorias e práticas da homeopatia, nomeadamente, a avaliação homeopática, as formas de prevenção da doença, o tratamento e a farmacopeia homeopática;

Anexo 19 Portaria n.º 207-C /2014 de 8 de outubro

Anexo 19 - Portaria n.º 207-C /2014 de 8 de outubro

Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014

5176-(5)

tes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

k) Dispor-se a participar na formação no âmbito da osteopatia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

l) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde osteopáticos;

m) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-C/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a homeopatia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º**Objeto**

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de homeopata.

Artigo 2.º**Homeopatia**

1 — A homeopatia é a terapêutica que utiliza, para prevenção e tratamento, medicamentos homeopáticos obtidos a partir de substâncias denominadas *stocks* ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na *Farmacopeia Europeia* ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro da União Europeia, e que pode conter vários princípios.

2 — Os princípios teóricos em que se baseia a homeopatia são, designadamente, a lei da semelhança, o princípio da duração da cura, o princípio do remédio único, a teoria da dose mínima infinitesimal e a teoria da doença crónica.

3 — A homeopatia trata as doenças com medicamentos que, numa pessoa saudável, produziriam sintomas semelhantes aos da doença.

4 — Em vez de combater a doença diretamente, os medicamentos homeopáticos têm por função estimular o corpo a lutar contra a doença.

5 — Os medicamentos homeopáticos baseiam-se no princípio de que diluições de moléculas potencialmente ativas retêm a «memória» da substância original.

6 — Com o fundamento de que o «semelhante cura o semelhante», a homeopatia utiliza uma abordagem holística para o diagnóstico e tratamento dos sintomas do paciente, incluindo na sua prática a orientação da dieta e dos estilos de vida segundo os parâmetros homeopáticos.

7 — Os medicamentos homeopáticos têm como princípio a indução de um processo de reorganização das funções vitais, estimulando o mecanismo de autorregulação.

Artigo 3.º**Homeopata**

1 — A homeopatia é exercida sob o título profissional de homeopata.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de homeopata só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de homeopata só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos da lei.

Artigo 4.º**Referencial de competências**

1 — O homeopata deve ter:

a) Conhecimentos críticos das bases teóricas específicas que fundamentam o seu diagnóstico e a sua intervenção terapêutica;

b) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios homeopáticos, evidenciando-os através de várias abordagens e selecionando medicamentos homeopáticos para ir ao encontro das necessidades das pessoas;

c) Conhecimentos aprofundados das indicações e contraindicações do tratamento homeopático;

d) Conhecimentos suficientes do ser humano de modo a reconhecer e interpretar sinais de disfunção e a desenvolver estratégias e tratamentos adequados;

e) Conhecimentos suficientes de fisiologia, patologia, fisiopatologia, observação de sinais e da sintomatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde;

f) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;

g) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal, que lhe permitam uma recolha adequada dos factos pessoais e familiares relevantes para a aplicação da terapêutica, a manutenção de uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e a prevenção e resolução das situações de conflito;

h) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais que lhe permitam fazer um aconselhamento adequado e eficaz sobre estilos de vida saudável.

2 — O homeopata deve ser capaz de:

a) Dominar as teorias e práticas da homeopatia, nomeadamente, a avaliação homeopática, as formas de prevenção da doença, o tratamento e a farmacopeia homeopática;

5176-(6)

Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014

b) Dominar as características, indicações e contraindicações dos medicamentos homeopáticos que prescreve;

c) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da homeopatia e necessitem da intervenção de outro profissional;

d) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;

e) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;

f) Investigar e avaliar, em conjunto com o cliente, os fatores individuais que podem afetar a sua saúde e bem-estar;

g) Prestar informação aos clientes e ao público com vista à promoção da saúde e à prevenção das doenças;

h) Selecionar e prescrever o medicamento homeopático cuja substância diluída produz uma sintomatologia análoga à do paciente;

i) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento homeopático;

j) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;

k) Avaliar criticamente a sua prática da homeopatia através da autorreflexão, respostas dos clientes e de colegas, análise de casos e auditorias;

l) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da homeopatia e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;

m) Elaborar estudos de caso no âmbito da homeopatia e proceder à sua apresentação;

n) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da homeopatia.

3 — O homeopata deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de homeopatia;

b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

e) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

f) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da homeopatia;

g) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticas utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados homeopáticos de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde homeopáticos;

k) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

l) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

m) Dispor-se a participar na formação no âmbito da homeopatia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-D/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a quiropráxia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de quiroprático.

Artigo 2.º

Quiropráxia

1 — A quiropráxia é a terapêutica que se baseia no diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do sistema neuro-músculo-esquelético, principalmente a subluxação (no conceito da quiropráxia), bem como nos efeitos destes distúrbios no estado geral de saúde e no bem-estar do indivíduo.

2 — A quiropráxia:

a) Utiliza as capacidades inerentes e recuperadoras do corpo humano, e baseia-se na relação existente entre a estrutura vertebral e o funcionamento do sistema nervoso como fator de saúde relevante;

b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença;

Anexo 20 Portaria n.º 207-D /2014 de 8 de outubro

Anexo 20 - Portaria n.º 207-D /2014 de 8 de outubro

5176-(6)

Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014

b) Dominar as características, indicações e contraindicações dos medicamentos homeopáticos que prescreve;
c) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da homeopatia e necessitem da intervenção de outro profissional;

d) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;

e) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;

f) Investigar e avaliar, em conjunto com o cliente, os fatores individuais que podem afetar a sua saúde e bem-estar;

g) Prestar informação aos clientes e ao público com vista à promoção da saúde e à prevenção das doenças;

h) Selecionar e prescrever o medicamento homeopático cuja substância diluída produz uma sintomatologia análoga à do paciente;

i) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento homeopático;

j) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;

k) Avaliar criticamente a sua prática da homeopatia através da autorreflexão, respostas dos clientes e de colegas, análise de casos e auditorias;

l) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da homeopatia e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;

m) Elaborar estudos de caso no âmbito da homeopatia e proceder à sua apresentação;

n) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da homeopatia.

3 — O homeopata deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de homeopatia;

b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

e) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

f) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da homeopatia;

g) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticas utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados homeopáticos de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde homeopáticos;

k) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

l) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

m) Dispor-se a participar na formação no âmbito da homeopatia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-D/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a quiropráxia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de quiroprático.

Artigo 2.º

Quiropráxia

1 — A quiropráxia é a terapêutica que se baseia no diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do sistema neuro-músculo-esquelético, principalmente a subluxação (no conceito da quiropráxia), bem como nos efeitos destes distúrbios no estado geral de saúde e no bem-estar do indivíduo.

2 — A quiropráxia:

a) Utiliza as capacidades inerentes e recuperadoras do corpo humano, e baseia-se na relação existente entre a estrutura vertebral e o funcionamento do sistema nervoso como fator de saúde relevante;

b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença;

c) Entende a subluxação como lesão ou disfunção em que o alinhamento, a integridade do movimento e ou a função se consideram alterados, embora o contacto das superfícies articulares esteja intacto, essencialmente como uma entidade funcional que pode influenciar a biomecânica e ter implicações neurológicas;

d) Confere grande importância às técnicas manuais, com ou sem a utilização de instrumentos, incluindo o ajustamento da subluxação (no conceito da quiropráxia) e ou a manipulação de articulações;

e) Não recorre a medicamentos nem a cirurgias, e valoriza os fatores bio-psico-sociais no tratamento da pessoa.

Artigo 3.º

Quiroprático

1 — A quiropráxia é exercida sob o título profissional de quiroprático.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de quiroprático só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de quiroprático só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

Artigo 4.º

Referencial de competências

1 — O quiroprático deve ter:

a) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios quiropráticos, evidenciando-o em ações, através de várias abordagens, selecionando e utilizando as técnicas definidas na *leges artis* da quiropráxia para ir ao encontro das necessidades das pessoas;

b) Conhecimentos das ciências básicas no contexto da quiropráxia;

c) Conhecimentos suficientes para compreender a natureza da biomecânica e da postura normal e anormal, bem como a fisiopatologia do sistema neuro-músculo-esquelético e a sua relação com as outras estruturas anatómicas;

d) Conhecimentos aprofundados das indicações e contra-indicações da intervenção quiroprática;

e) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais de forma a permitir fazer um adequado e eficaz aconselhamento sobre estilos de vida saudável;

f) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;

g) Conhecimentos suficientes de fisiologia, patologia, fisiopatologia, observação de sinais e da sintomatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde;

h) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal, que lhe permitam uma recolha adequada dos factos pessoais e familiares relevantes para a aplicação da terapêutica, a manutenção de uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e a prevenção e resolução das situações de conflito.

2 — O quiroprático deve ser capaz de:

a) Avaliar patologias relacionadas com a coluna vertebral, sistema nervoso e articulações e proceder a ajusta-

mentos de disfunções ou alterações da estrutura ou função da coluna vertebral e dos seus efeitos a nível do sistema nervoso e da estrutura ou função das articulações;

b) Avaliar a coluna vertebral e as estruturas relacionadas e a sua relação com o sistema nervoso;

c) Efetuar o diagnóstico da subluxação vertebral (segundo a quiropráxia) e outras alterações do sistema neuro-músculo-esquelético, proceder a exames quiropráticos e aplicar os métodos e as técnicas específicas da quiropráxia;

d) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da quiropráxia e necessitem da intervenção de outro profissional;

e) Adquirir uma perícia altamente desenvolvida nas diferentes técnicas de manipulação;

f) Administrar tratamentos especializados que envolvem, sempre que seja apropriado, o ajustamento quiroprático para reduzir ou corrigir a subluxação (segundo a quiropráxia);

g) Recorrer a manipulação, reativação, reabilitação, restauração e aumento da função e recuperação física;

h) Prestar aconselhamento sobre distúrbios neuro-músculo-esqueléticos, disfunções mecânicas, reabilitação, controlo da dor, estilos de vida saudáveis e bem-estar em geral;

i) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;

j) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;

k) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento por quiropráxia;

l) Ajudar o cliente a tomar medidas para melhorar o seu bem-estar e a adotar estilos de vida saudáveis;

m) Avaliar criticamente a sua prática da quiropráxia através da autorreflexão, resposta dos clientes e dos colegas, análise de casos e auditorias;

n) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;

o) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da quiropráxia e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;

p) Dar informação e aplicar métodos de promoção da saúde e de prevenção da doença;

q) Elaborar estudos de caso no âmbito da quiropráxia e proceder à sua apresentação;

r) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da quiropráxia.

3 — O quiroprático deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de quiropráxia;

b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

e) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da quiropráxia;

5176-(8)

Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014

f) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

g) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticas utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados quiropráticos de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

k) Dispor-se a participar na formação no âmbito da quiropraxia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

l) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde quiropráticos;

m) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-E/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a fitoterapia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de fitoterapeuta.

Artigo 2.º

Fitoterapia

1 — A fitoterapia é a terapêutica que utiliza, como ingredientes terapêuticos, substâncias provenientes de plantas,

e inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento, abrangendo ainda o aconselhamento dietético e a orientação sobre estilos de vida.

2 — A fitoterapia é uma terapêutica:

a) Com uma conceção holística, energética e natural do ser humano, e métodos de diagnóstico, prescrição e tratamento próprios assentes em axiomas e teorias específicas;

b) Que utiliza como ingredientes terapêuticos plantas frescas ou secas, medicinais e alimentares, substâncias provenientes de plantas, nomeadamente óleos essenciais e florais, e os seus extratos e preparados que contêm partes de plantas ou combinações entre elas, para diferentes formas de utilização, incluindo a interna e a externa, e usa suplementos alimentares e dietéticos. As plantas ou as suas preparações podem ser produzidas para consumo imediato ou como base para suplementos alimentares e produtos vegetais, sujeitos à legislação aplicável a este tipo de suplementos e produtos.

Artigo 3.º

Fitoterapeuta

1 — A fitoterapia é exercida sob o título profissional de fitoterapeuta.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de fitoterapeuta só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de fitoterapeuta só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

Artigo 4.º

Referencial de competências

1 — O fitoterapeuta deve ter:

a) Conhecimentos críticos das bases teóricas específicas que fundamentam o seu diagnóstico e a sua intervenção terapêutica;

b) Conhecimentos aprofundados das indicações e contra-indicações do tratamento fitoterapêutico;

c) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios da fitoterapia evidenciando-o através de várias abordagens, selecionando agentes naturais, técnicas e procedimentos, ou modificando os planos de tratamento, para ir ao encontro das necessidades das pessoas;

d) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal, que lhe permitam uma recolha adequada dos factos pessoais e familiares relevantes para a aplicação da terapêutica, a manutenção de uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e a prevenção e resolução das situações de conflito;

e) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;

f) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais que lhe permitam fazer um aconselhamento adequado e eficaz sobre estilos de vida saudável;

g) Conhecimentos suficientes de fisiologia, patologia, fisiopatologia, observação de sinais e da sintomatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde.

Anexo 21 Portaria n.º 207-E /2014 de 8 de outubro

Anexo 21 - Portaria n.º 207-E /2014 de 8 de outubro

5176-(8)

Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014

f) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

g) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticos utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados quiropráticos de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

k) Dispor-se a participar na formação no âmbito da quiropraxia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

l) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde quiropráticos;

m) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-E/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a fitoterapia.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de fitoterapeuta.

Artigo 2.º

Fitoterapia

1 — A fitoterapia é a terapêutica que utiliza, como ingredientes terapêuticos, substâncias provenientes de plantas,

e inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento, abrangendo ainda o aconselhamento dietético e a orientação sobre estilos de vida.

2 — A fitoterapia é uma terapêutica:

a) Com uma conceção holística, energética e natural do ser humano, e métodos de diagnóstico, prescrição e tratamento próprios assentes em axiomas e teorias específicas;

b) Que utiliza como ingredientes terapêuticos plantas frescas ou secas, medicinais e alimentares, substâncias provenientes de plantas, nomeadamente óleos essenciais e florais, e os seus extratos e preparados que contêm partes de plantas ou combinações entre elas, para diferentes formas de utilização, incluindo a interna e a externa, e usa suplementos alimentares e dietéticos. As plantas ou as suas preparações podem ser produzidas para consumo imediato ou como base para suplementos alimentares e produtos vegetais, sujeitos à legislação aplicável a este tipo de suplementos e produtos.

Artigo 3.º

Fitoterapeuta

1 — A fitoterapia é exercida sob o título profissional de fitoterapeuta.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de fitoterapeuta só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de fitoterapeuta só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

Artigo 4.º

Referencial de competências

1 — O fitoterapeuta deve ter:

a) Conhecimentos críticos das bases teóricas específicas que fundamentam o seu diagnóstico e a sua intervenção terapêutica;

b) Conhecimentos aprofundados das indicações e contraindicações do tratamento fitoterapêutico;

c) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios da fitoterapia evidenciando-o através de várias abordagens, selecionando agentes naturais, técnicas e procedimentos, ou modificando os planos de tratamento, para ir ao encontro das necessidades das pessoas;

d) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal, que lhe permitam uma recolha adequada dos factos pessoais e familiares relevantes para a aplicação da terapêutica, a manutenção de uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e a prevenção e resolução das situações de conflito;

e) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;

f) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais que lhe permitam fazer um aconselhamento adequado e eficaz sobre estilos de vida saudável;

g) Conhecimentos suficientes de fisiologia, patologia, fisiopatologia, observação de sinais e da sintomatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde.

2 — O fitoterapeuta deve ser capaz de:

- a) Atuar na sua prática profissional de modo a promover a saúde e prevenir a doença dos seus clientes, realizando o exame de saúde e utilizando meios de diagnóstico naturais, tais como a entrevista, a observação, a avaliação da constituição e da vitalidade, a diferenciação dos fatores que determinam os padrões de desequilíbrio sistémico e as suas relações no contexto do cliente de acordo com o raciocínio específico das diferentes teorias da fitoterapia;
- b) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da fitoterapia e necessitem da intervenção de outro profissional;
- c) Estabelecer os princípios e estratégias terapêuticas, e gerir o plano de tratamento;
- d) Aplicar plantas medicinais, fórmulas e produtos fitoterápicos e suplementos alimentares, aconselhar regimes nutricionais, dietéticos e estilos de vida, e acompanhar a evolução do tratamento, de acordo com a legislação em vigor;
- e) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento fitoterápico;
- f) Investigar e avaliar, em conjunto com o cliente, os fatores individuais que podem afetar a sua saúde e bem-estar;
- g) Prestar informação aos clientes e ao público com vista à promoção da saúde e prevenção das doenças;
- h) Aplicar métodos de prevenção da doença, de reabilitação e de prática terapêutica própria da fitoterapia e identificar as características terapêuticas das plantas de modo a fazer a sua prescrição adequada;
- i) Desenvolver e implementar planos de tratamento, prescrevendo produtos fitoterápicos, proporcionando aconselhamento nutricional, dietético e de estilos de vida, de acordo com a legislação em vigor;
- j) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;
- k) Avaliar criticamente a sua prática da fitoterapia através da autorreflexão, resposta dos clientes e dos colegas, análise de casos e auditorias;
- l) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;
- m) Basear a sua atividade numa abordagem holística da saúde, incidindo no indivíduo como um todo;
- n) Conhecer o ser humano, de modo a permitir reconhecer e interpretar sinais de disfunção e desenvolver estratégias e tratamentos adequados;
- o) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da fitoterapia e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;
- p) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;
- q) Elaborar estudos de caso no âmbito da fitoterapia e proceder à sua apresentação;
- r) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da fitoterapia.

3 — O fitoterapeuta deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

- a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de fitoterapia;
- b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

- c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;
- d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;
- e) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;
- f) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da fitoterapia;
- g) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;
- h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticas utilizados e a avaliação regular do seu progresso;
- i) Prestar cuidados de fitoterapia de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;
- j) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;
- k) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;
- l) Dispor-se a participar na formação no âmbito da fitoterapia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;
- m) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde fitoterápicos;
- n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;
- o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-F/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a acupuntura.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º**Objeto**

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de acupuntor.

Anexo 22 Portaria n.º 207-F /2014 de 8 de outubro

Anexo 22 - Portaria n.º 207-F /2014 de 8 de outubro

Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014

5176-(9)

2 — O fitoterapeuta deve ser capaz de:

- a) Atuar na sua prática profissional de modo a promover a saúde e prevenir a doença dos seus clientes, realizando o exame de saúde e utilizando meios de diagnóstico naturais, tais como a entrevista, a observação, a avaliação da constituição e da vitalidade, a diferenciação dos fatores que determinam os padrões de desequilíbrio sistémico e as suas relações no contexto do cliente de acordo com o raciocínio específico das diferentes teorias da fitoterapia;
- b) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da fitoterapia e necessitem da intervenção de outro profissional;
- c) Estabelecer os princípios e estratégias terapêuticas, e gerir o plano de tratamento;
- d) Aplicar plantas medicinais, fórmulas e produtos fitoterápicos e suplementos alimentares, aconselhar regimes nutricionais, dietéticos e estilos de vida, e acompanhar a evolução do tratamento, de acordo com a legislação em vigor;
- e) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento fitoterápico;
- f) Investigar e avaliar, em conjunto com o cliente, os fatores individuais que podem afetar a sua saúde e bem-estar;
- g) Prestar informação aos clientes e ao público com vista à promoção da saúde e prevenção das doenças;
- h) Aplicar métodos de prevenção da doença, de reabilitação e de prática terapêutica própria da fitoterapia e identificar as características terapêuticas das plantas de modo a fazer a sua prescrição adequada;
- i) Desenvolver e implementar planos de tratamento, prescrevendo produtos fitoterápicos, proporcionando aconselhamento nutricional, dietético e de estilos de vida, de acordo com a legislação em vigor;
- j) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;
- k) Avaliar criticamente a sua prática da fitoterapia através da autorreflexão, resposta dos clientes e dos colegas, análise de casos e auditorias;
- l) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;
- m) Basear a sua atividade numa abordagem holística da saúde, incidindo no indivíduo como um todo;
- n) Conhecer o ser humano, de modo a permitir reconhecer e interpretar sinais de disfunção e desenvolver estratégias e tratamentos adequados;
- o) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da fitoterapia e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;
- p) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;
- q) Elaborar estudos de caso no âmbito da fitoterapia e proceder à sua apresentação;
- r) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da fitoterapia.

3 — O fitoterapeuta deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

- a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de fitoterapia;
- b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

e) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

f) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da fitoterapia;

g) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticas utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados de fitoterapia de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

k) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

l) Dispor-se a participar na formação no âmbito da fitoterapia, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

m) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde fitoterápicos;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-F/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a acupuntura.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de acupuntor.

Artigo 2.º**Acupuntura**

1 — A acupuntura é a terapêutica que utiliza métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios assentes em axiomas e teorias da acupuntura, utilizando a rede dos meridianos, pontos de acupuntura e zonas reflexológicas do organismo humano, com o fim de prevenir e tratar as desarmonias energéticas, físicas e psíquicas.

2 — A acupuntura:

- a) É uma terapêutica com uma conceção holística, energética e dialética do ser humano;
- b) Assenta numa filosofia e metodologia específicas baseadas na medicina tradicional chinesa;
- c) Aplica processos específicos de diagnóstico e métodos terapêuticos próprios, tendo por base as teorias da medicina tradicional chinesa, para promover e recuperar a saúde e prevenir e tratar as doenças.

Artigo 3.º**Acupuntor**

1 — A acupuntura é exercida sob o título profissional de acupuntor.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de acupuntor só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de acupuntor só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

Artigo 4.º**Referencial de competências**

1 — O acupuntor deve ter:

- a) Conhecimentos críticos das bases teóricas específicas que fundamentam o seu diagnóstico e a sua intervenção terapêutica, designadamente, *yin* e *yang*, os cinco movimentos, *qi*, sangue e líquidos orgânicos, os oito princípios de diagnóstico, o sistema dos meridianos e ramificações *jing luo*, síndromas gerais e síndromas dos *zang fu*, patologia, etiopatogenia e patologias energéticas, os seis níveis, as quatro camadas e os três aquecedores;
- b) Conhecimentos críticos dos métodos de topografia de meridianos e pontos de acupuntura;
- c) Conhecimentos críticos dos princípios de seleção, do tipo e categoria dos pontos de acupuntura, da sua localização e da sua técnica de manipulação;
- d) Conhecimentos críticos das indicações e contraindicações da acupuntura;
- e) Conhecimentos aprofundados da execução de tratamentos auxiliares de acupuntura e da implementação de micro-sistemas de terapia reflexa de acupuntura;
- f) Conhecimentos aprofundados dos métodos de prescrição e das estratégias de combinação das diferentes terapêuticas auxiliares próprias da acupuntura;
- g) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios da acupuntura evidenciando-os em ações, através de várias abordagens, gerindo-as, selecionando ou modificando os planos de tratamento para ir ao encontro das necessidades das pessoas;

h) Conhecimentos aprofundados sobre prescrição de tratamentos auxiliares da acupuntura como a massagem, a digitopuntura, os exercícios energéticos, a fitoterapia e o aconselhamento dietético e sobre estilos de vida;

i) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais que lhe permitam fazer um aconselhamento adequado e eficaz sobre estilos de vida saudável;

j) Conhecimentos suficientes do ser humano, de modo a reconhecer e interpretar sinais de disfunção e desenvolver estratégias e tratamentos de reabilitação adequados;

k) Conhecimentos suficientes de fisiopatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde;

l) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;

m) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal, que lhe permitam uma recolha adequada dos factos pessoais e familiares relevantes para a aplicação da terapêutica, a manutenção de uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e a prevenção e resolução das situações de conflito.

2 — O acupuntor deve ser capaz de:

a) Exercer a profissão tendo por base os conhecimentos obtidos no domínio das teorias da acupuntura, nomeadamente ser capaz de avaliar o cliente, realizar o diagnóstico, estabelecer os princípios e estratégias terapêuticas, realizar e gerir o plano de tratamento e respeitar os códigos de prática segura, ético e deontológico;

b) Utilizar processos específicos de diagnóstico aplicados à acupuntura tais como a entrevista, a observação, o exame audio-olfativo, a palpação e a diferenciação de sintomas e síndromas;

c) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da acupuntura e necessitem da intervenção de outro profissional;

d) Aplicar métodos específicos da acupuntura, tais como:

i. A inserção e manipulação de agulhas, moxabustão, martelo de sete pontas, ventosas, eletropuntura, laserpuntura e outros meios, nos meridianos e pontos de acupuntura;

ii. A inserção e manipulação de agulhas em zonas reflexológicas; a aplicação de técnicas manipulativas de massagem ou digitopuntura energéticas;

iii. O aconselhamento e prescrição de exercício energético e o aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis;

e) Traçar, implementar e adaptar princípios terapêuticos e planos de tratamento de acordo com o estado da pessoa;

f) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento de acupuntura;

g) Desenvolver e implementar planos de tratamento utilizando técnicas específicas da acupuntura para a prevenção e tratamento da doença e a regulação do organismo humano;

h) Promover a saúde através dos métodos e meios da acupuntura;

i) Manter ao longo da vida profissional as competências da prática da acupuntura e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;

j) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;

k) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;

l) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;

m) Avaliar criticamente a sua prática da acupuntura através da autorreflexão, resposta dos clientes e dos colegas, análise de casos e auditorias;

n) Elaborar estudos de caso no âmbito da acupuntura e proceder à sua apresentação;

o) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da acupuntura.

3 — O acupuntor deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de acupuntura;

b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

e) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticos utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

f) Prestar cuidados de acupuntura de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

g) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

h) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

i) Dispor-se a participar na formação no âmbito da acupuntura, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

j) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

k) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da acupuntura;

l) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

m) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde de acupuntura;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-G/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a medicina tradicional chinesa.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministro da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de especialista de medicina tradicional chinesa.

Artigo 2.º

Medicina tradicional chinesa

1 — A medicina tradicional chinesa é a terapêutica que utiliza métodos de prevenção, diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios, baseados nas teorias da medicina tradicional chinesa e nos seus métodos específicos, designadamente, na estimulação dos pontos de acupuntura e meridianos através de diferentes métodos terapêuticos, na prescrição de fórmulas fitoterapêuticas, aconselhamento alimentar e exercícios para promover e recuperar a saúde.

2 — A medicina tradicional chinesa é uma terapêutica:

a) Com uma conceção holística, energética e dialética do ser humano;

b) Que assenta em axiomas e teorias específicos da medicina tradicional chinesa;

c) Que aplica processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias tendo por base as teorias da medicina tradicional chinesa;

d) Que investiga, desenvolve e implementa planos de tratamento utilizando a acupuntura, a fitoterapia, a massagem *tuina*, a dietética da medicina tradicional chinesa, os exercícios de *chi kung* e *tai chi* terapêuticos e outros para melhorar e regular a função e tratar as «desarmonias energéticas» tais como são entendidas pela medicina tradicional chinesa.

Artigo 3.º

Especialista de medicina tradicional chinesa

1 — A medicina tradicional chinesa é exercida sob o título profissional de especialista de medicina tradicional chinesa.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de especialista de medicina tradicional chinesa só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

Anexo 23 Portaria n.º 207-G /2014 de 8 de outubro

Anexo 23 - Portaria n.º 207-G /2014 de 8 de outubro

Diário da República, 1.ª série — N.º 194 — 8 de outubro de 2014

5176-(11)

j) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;

k) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;

l) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;

m) Avaliar criticamente a sua prática da acupuntura através da autorreflexão, resposta dos clientes e dos colegas, análise de casos e auditorias;

n) Elaborar estudos de caso no âmbito da acupuntura e proceder à sua apresentação;

o) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da acupuntura.

3 — O acupuntor deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de acupuntura;

b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;

c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;

d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;

e) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticos utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

f) Prestar cuidados de acupuntura de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

g) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

h) Aceitar a multiculturalidade, não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

i) Dispor-se a participar na formação no âmbito da acupuntura, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

j) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;

k) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da acupuntura;

l) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;

m) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde de acupuntura;

n) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Portaria n.º 207-G/2014

de 8 de outubro

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais, e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, as atividades a realizar no âmbito destas profissões são fixadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

Através da presente portaria, considerando as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde, procede-se a essa definição para a medicina tradicional chinesa.

Assim:

Ao abrigo do disposto no artigo 4.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro:

Manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto do Ministério da Saúde e do Ensino Superior, o seguinte:

Artigo 1.º**Objeto**

A presente portaria visa fixar a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de especialista de medicina tradicional chinesa.

Artigo 2.º**Medicina tradicional chinesa**

1 — A medicina tradicional chinesa é a terapêutica que utiliza métodos de prevenção, diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios, baseados nas teorias da medicina tradicional chinesa e nos seus métodos específicos, designadamente, na estimulação dos pontos de acupuntura e meridianos através de diferentes métodos terapêuticos, na prescrição de fórmulas fitoterapêuticas, aconselhamento alimentar e exercícios para promover e recuperar a saúde.

2 — A medicina tradicional chinesa é uma terapêutica:

a) Com uma conceção holística, energética e dialética do ser humano;

b) Que assenta em axiomas e teorias específicos da medicina tradicional chinesa;

c) Que aplica processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias tendo por base as teorias da medicina tradicional chinesa;

d) Que investiga, desenvolve e implementa planos de tratamento utilizando a acupuntura, a fitoterapia, a massagem *tuina*, a dietética da medicina tradicional chinesa, os exercícios de *chi kung* e *tai chi* terapêuticos e outros para melhorar e regular a função e tratar as «desarmonias energéticas» tais como são entendidas pela medicina tradicional chinesa.

Artigo 3.º**Especialista de medicina tradicional chinesa**

1 — A medicina tradicional chinesa é exercida sob o título profissional de especialista de medicina tradicional chinesa.

2 — Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o título profissional de especialista de medicina tradicional chinesa só pode ser utilizado pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

3 — Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a profissão de especialista de medicina tradicional chinesa só pode ser exercida pelos detentores da correspondente cédula profissional emitida nos termos fixados pela lei.

Artigo 4.º

Referencial de competências

1 — O especialista de medicina tradicional chinesa deve ter:

- a) Conhecimentos críticos sobre as bases teóricas específicas que fundamentam o seu diagnóstico, designadamente, *yin* e *yang*, os cinco movimentos, *qi*, *xue* e *jìn ye*, os oito princípios de diagnóstico, o sistema dos meridianos e ramificações *jing luo*, síndromas gerais e síndromas dos *zang fu*, etiopatogenia e patologia energéticas, os seis níveis, as quatro camadas, os três aquecedores;
- b) Conhecimentos críticos dos métodos e princípios de seleção, do tipo e das categorias dos pontos de acupuntura, da sua localização, técnica de manipulação ou estimulação e da sua combinação de acordo com o diagnóstico, estratégia de tratamento e condição energética da pessoa no âmbito da acupuntura ou da massagem *tuina*;
- c) Conhecimentos críticos dos princípios de seleção e combinação de matéria terapêutica, plantas medicinais e alimentos e da sua prescrição de acordo com o diagnóstico, estratégia de tratamento e condição energética da pessoa;
- d) Conhecimentos aprofundados da execução de tratamentos auxiliares de acupuntura e da implementação de microssistemas de terapia reflexa de acupuntura;
- e) Conhecimentos aprofundados dos métodos de identificação, seleção, combinação e prescrição de exercícios de *chi kung* e *tai chi* terapêuticos de acordo com o diagnóstico, estratégia de tratamento e condição energética do cliente;
- f) Conhecimentos críticos das indicações e contraindicações dos tratamentos de medicina tradicional chinesa, nomeadamente da acupuntura, fitoterapia, massagem *tuina*, dietética e exercício de *chi kung* e *tai chi* terapêuticos;
- g) Conhecimentos críticos sobre a teoria, a prática e os princípios da medicina tradicional chinesa evidenciando-os em ações, através de várias abordagens, gerindo-as, selecionando ou modificando os planos de tratamento para ir ao encontro das necessidades dos clientes;
- h) Conhecimentos aprofundados das ciências comportamentais e da arte da saúde e da longevidade da medicina tradicional chinesa que lhe permitam fazer um aconselhamento adequado e eficaz sobre estilos de vida saudáveis;
- i) Conhecimentos suficientes do ser humano, de modo a reconhecer e interpretar sinais de disfunção e desenvolver estratégias e tratamentos de reabilitação adequados;
- j) Conhecimentos suficientes de fisiologia, patologia, fisiopatologia, observação de sinais e da sintomatologia para identificar as situações em que a pessoa possa necessitar da intervenção de outro profissional de saúde;
- k) Conhecimentos suficientes de psicologia e dos determinantes sociais da saúde que lhe permitam contextualizar a decisão terapêutica e os cuidados a prestar;
- l) Conhecimentos aprofundados sobre comunicação interpessoal, que lhe permitam uma recolha adequada dos factos pessoais e familiares relevantes para a aplicação da terapêutica, a manutenção de uma boa relação com os clientes, colegas e outras pessoas relacionadas com a profissão e a prevenção e resolução das situações de conflito.

2 — O especialista de medicina tradicional chinesa deve ser capaz de:

- a) Exercer a profissão tendo por base os conhecimentos obtidos no domínio das teorias da medicina tradicional chinesa, nomeadamente, avaliar o cliente, realizar o diagnóstico, estabelecer os princípios e estratégias terapêuticas, realizar e gerir o plano de tratamento e respeitar os códigos de prática segura, ético e deontológico;
- b) Utilizar processos específicos de diagnóstico tais como a entrevista, a observação, o exame áudio-olfativo, a palpação e a diferenciação de síndromas;
- c) Reconhecer as situações em que as queixas do cliente possam ser indicadoras de patologias ou problemas fora do âmbito da medicina tradicional chinesa e necessitem da intervenção de outro profissional;
- d) Aplicar métodos específicos da medicina tradicional chinesa, tais como:
 - i. A inserção e manipulação de agulhas sólidas, moxabustão, martelo de sete pontas, ventosas e outros meios afins, nos meridianos e pontos de acupuntura;
 - ii. A inserção e manipulação de agulhas em zonas reflexológicas;
 - iii. A prescrição de fórmulas fitoterapêuticas por via oral ou de aplicação tópica;
 - iv. A aplicação de técnicas manipulativas de massagem ou digitopuntura energética, sistémica ou em zonas reflexológicas;
 - v. O aconselhamento e prescrição dietética;
 - vi. O aconselhamento e prescrição de exercício energético de *chi kung* ou *tai chi* terapêuticos;
 - vii. A orientação prática de exercício energético de *chi kung* ou *tai chi* terapêuticos;
- e) Desenvolver e implementar planos de tratamento utilizando terapêuticas específicas da medicina tradicional chinesa para prevenção e tratamento da doença e regulação do organismo humano, de acordo com a legislação em vigor;
- f) Prestar informação aos clientes e ao público com vista à promoção da saúde e prevenção das doenças;
- g) Promover a saúde através dos métodos e meios da medicina tradicional chinesa;
- h) Manter, ao longo da vida profissional, as competências da prática da medicina tradicional chinesa e conceber e aplicar um plano de desenvolvimento profissional contínuo, atualizando-se permanentemente quanto aos desenvolvimentos desta área;
- i) Analisar problemas, recolhendo e interpretando os dados, e resolvê-los, fundamentando o raciocínio e as decisões;
- j) Ler criticamente a literatura científica e incorporar a informação na sua prática;
- k) Reconhecer e intervir perante reações adversas ao tratamento de medicina tradicional chinesa;
- l) Manter a sua própria saúde e estabelecer uma relação terapêutica adequada com o cliente;
- m) Avaliar criticamente a sua prática da medicina tradicional chinesa através da autorreflexão, resposta dos utentes e dos colegas, análise de casos e auditorias;
- n) Elaborar estudos de caso no âmbito da medicina tradicional chinesa e proceder à sua apresentação;
- o) Supervisionar colaboradores e estagiários no âmbito da medicina tradicional chinesa.

3 — O especialista de medicina tradicional chinesa deve reger-se pelos seguintes princípios de conduta:

- a) Assumir uma conduta ética que tenha em vista a garantia da qualidade da prestação de cuidados de medicina tradicional chinesa;
- b) Assentar a relação com o cliente na confiança e na informação, devendo saber comunicar de forma a construir e manter uma relação terapêutica;
- c) Não causar dano deliberado ou prejudicar o cliente, em qualquer circunstância, no âmbito da sua profissão;
- d) Encaminhar o cliente, sempre que necessário, para o profissional de saúde melhor habilitado a tratar a situação de saúde do mesmo;
- e) Não criar falsas expectativas relativamente aos resultados esperados com o tratamento;
- f) Não tratar pessoas com situações que se verifique não serem suscetíveis de qualquer melhoria do seu estado de saúde através da medicina tradicional chinesa;
- g) Aplicar apenas os tratamentos úteis e necessários à manutenção ou recuperação da saúde da pessoa;
- h) Elaborar um plano de tratamento que conte com a participação ativa e consentida do cliente, onde conste o prognóstico, os resultados a atingir, os métodos e técnicas terapêuticos utilizados e a avaliação regular do seu progresso;

i) Prestar cuidados de medicina tradicional chinesa de elevada qualidade, garantindo sempre a segurança do cliente;

j) Assegurar a oportunidade, a qualidade, o rigor e a humanização dos cuidados de saúde da medicina tradicional chinesa;

k) Assegurar a elaboração e a permanente atualização da informação de saúde, e registar os tratamentos efetuados;

l) Garantir a confidencialidade da informação de saúde, bem como o sigilo, de acordo com as normas legais;

m) Aceitar a multiculturalidade não pondo em causa o respeito pelo princípio da não discriminação dos pacientes, nomeadamente com base em ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual;

n) Dispor-se a participar na formação no âmbito da medicina tradicional chinesa, nomeadamente acolhendo estudantes e estagiários;

o) Garantir o aperfeiçoamento profissional através da formação contínua.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 3 de outubro de 2014. — O Secretário de Estado do Ensino Superior, *José Alberto Nunes Ferreira Gomes*, em 7 de outubro de 2014.

Anexo 24 Glossário das Medicinas Complementares e Alternativas

Anexo 24 - Glossário das Medicinas Complementares e Alternativas

Glossário das Medicinas Complementares e Alternativas

Medicinas

Ayurvédica: criada na Índia, é um dos sistemas medicinais mais antigos com mais de 3500 anos. *Ayurveda* provém de duas palavras: Ciência ou Conhecimento (*Veda*) da vida (*Ayur*) e procura integrar o corpo, mente e a alma de modo a prevenir e a tratar a doença. O ser humano é visto como um microcosmo que reflete o macrocosmo à sua volta segundo os princípios do fogo, água, terra, ar e espaço. Estes correspondem aos cinco sentidos do corpo (visão, paladar, olfato, tato e audição). Desta forma, o equilíbrio existe quando as funções biológicas e mentais estão em harmonia e a relação entre as pessoas e o ambiente é estável e satisfatória. Este sistema tem diversos fundamentos relacionados com a interconectividade, a constituição física (*prakriti*) e as forças vitais (*doshas*) para analisar a saúde e a doença. A interconectividade está associada às relações entre as pessoas, à sua saúde e à base universal de pensamento dos praticantes da Ayurvédica sobre os problemas que afetam a saúde, por exemplo, que todo o ser humano contém elementos que podem ser encontrados no universo. O *prakriti* engloba as crenças relacionadas com a constituição física. Esta abrange a saúde geral da pessoa, a possibilidade de perder o equilíbrio e a capacidade de resistir e de recuperar de uma doença ou de outros problemas de saúde. Os três *dosha* (*vara*, *pitta* ou *kafa*) são sistemas fundamentais reguladores do corpo que dependem do modo como cada pessoa gere o seu equilíbrio através do seu estilo de vida ou estado físico e mental. Enquanto abordagem terapêutica recorre a diversos produtos e técnicas como as plantas medicinais, a meditação, o yoga, a massagem e a aromaterapia.

Homeopática: sistema médico organizado por Samuel Hahnemann (1755-1843). Tem como principal pilar a lei da similitude que defende que para a cura ser suave, rápida, certa e durável deve optar por um medicamento que provoque uma doença similar à que se procura curar. Para Hahnemann todos os homens contêm uma força vital interior, designada igualmente por constituição saudável ou autorregulação. Os sintomas são consequência das alterações internas, ou seja, da perturbação do funcionamento normal do organismo. Esta medicina diferencia-se pelos seus medicamentos, em comprimidos, gotas, granulados ou pomadas, preparados com base em “substâncias primitivas” muito diluídas, segundo a prescrição da farmacologia homeopática.

Indígena: Sistema médico que utiliza remédios naturais baseados em plantas e em animais para o tratamento de um sem número de doenças. São-lhe também associados vários rituais e cerimónias realizados com o intuito de curar uma determinada doença. O conhecimento medicinal é passado de geração em geração e cada tribo tem as suas próprias receitas e cerimónias que são diferentes de todas as outras mas baseadas sempre nos mesmos princípios.

Naturopatia: baseada nas ideias de Hipócrates e desenvolvida após o início da Revolução Industrial no século XIX, procura essencialmente a manutenção da saúde, mais do que curar

doenças. Os naturopatas defendem que o desequilíbrio do organismo provém de toxinas acumuladas pela má alimentação e hábitos nocivos à saúde como o sedentarismo. Frequentemente compreendida como uma filosofia de vida, afirma que o corpo pode curar-se a si próprio através do contacto com a natureza. Perante o desequilíbrio, o organismo procura novamente o equilíbrio o que torna necessário ativar o contacto com a natureza recorrendo à nutrição e dietética, jejum, massagem, a hidroterapia e outras terapias.

Tibetana: Medicina Tibetana consiste numa ciência de cura holística que envolve todas as dimensões do ser humano (i.e. física, psicológica e psicossomática) e inclui o sistema regional de medicina natural Tibetana e dos Himalaias. A saúde representa o equilíbrio de todas as energias que constituem o ser humano como um todo. O objetivo desta medicina é manter as energias equilibradas de forma a intervir na raiz do problema e não nos sintomas. Defendem que se os fatores (e.g. sazonais, dietéticos, nutricionais, comportamentais e mentais) que exercem influência na energia estiverem posicionados de forma positiva, as principais energias do indivíduo estão em equilíbrio e a saúde é plena. Este sistema médico é transmitido de geração em geração e existe há milhares de anos. Apesar de ter sido bastante influenciada pela medicina *Ayurveda*, grega e chinesa, permanece distinta. A medicina Tibetana é um sistema de cura natural, primário em países como a Índia, China, Nepal, Mongólia e em toda a diáspora tibetana. Nas últimas décadas, começou também a desenvolver-se em países ocidentais.

Tradicional Chinesa: com mais de três mil anos de origem, este sistema terapêutico chinês tem como princípios o confucionismo e o taoísmo que têm como ideal a harmonização entre o corpo e o espírito. A saúde é vista segundo uma interação harmoniosa e alternada entre os contrários “*yin*” e “*yang*” que geram a energia vital, denominada *Chi*. O *Yang* é um conceito com um carácter masculino ligado à “face do sol” e afigura tudo o que é ativo, dinâmico, quente, etc. Pelo contrário, o *Yin* designa um conceito com carácter feminino associado à “face da sombra” e representa a passividade, a substância, o frio, etc. O corpo humano é analisado através de cinco “órgãos” que pertencem tanto ao *yin* como ao *yang*. Importa salientar que cada “órgão” é visto como um circuito funcional, por exemplo o “pulmão” é traduzido como toda a função respiratória, inclusive a parte olfativa. Para esta medicina, todos os órgãos se influenciam uns aos outros e estão ligados a outras estruturas do organismo. A doença é representada como o efeito de perturbações dentro do fluxo normal da energia vital (*Chi*), derivado de bloqueios e de excessos ou carências no *yin* ou no *yang*. Estas consequências podem surgir de causas externas como o frio ou o vento e de causas internas, como as preocupações e a tristeza.

Unani: sistema médico que se baseia nos quatro elementos (terra, ar, água e fogo), nas quatro naturezas (frio, quente, húmido e seco) e nos quatro humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra). A cada humor é atribuído um conjunto de características que o vai definir: o sangue

é quente e húmido, a fleuma ou muco é fria e húmida, a bÍlis amarela é quente e seca e a bÍlis negra fria e seca. Nesta perspectiva, a saúde impera quando os quatro humores e as suas principais características estão em estado de equilíbrio. Estes humores podem ser influenciados pelo ar, pelos alimentos, pelo movimento e repouso (físicos e psíquicos) e pelo sono. Estes fatores favorecem um dos quatro humores o que permite que exista dominância de um dos quatro humores em detrimento dos restantes. O diagnóstico de doenças é efetuado através do exame do pulso, da urina e das fezes. Este sistema faz parte integrante de alguns sistemas de saúde indígenas, com os seus profissionais, hospitais e instituições de ensino e pesquisa reconhecidos.

Terapias

Acupuntura: O fluxo de energia congestionado nos órgãos é normalizado pela estimulação dos pontos anatómicos, voltando a equilibrar o "excesso" ou "carência" de *Yin* e *Yang*. Esta terapêutica envolve diversos procedimentos que estimulam os pontos anatómicos na pele através de variadas técnicas, sendo que o mecanismo de estimulação mais comum baseia-se na penetração da pele com agulhas metálicas finas, manipuladas manualmente ou por estÍmulos elétricos, conhecida por *eletroacupuntura*. Se o paciente for um adulto com hipersensibilidade ou uma criança, pode recorrer-se ao raio laser para estimular os pontos de acupuntura.

Análise do Cabelo: Os fios de cabelo acumulam vários minerais e oligoelementos aos quais o organismo foi exposto. Através da análise de cabelo é possível saber a que substâncias esteve a pessoa em questão exposta e pode ser usada para deteção de drogas, de metais pesados e outros elementos que podem ser importantes para tratamentos toxicológicos. Dentro das medicinas alternativas esta análise costuma ser pedida para averiguar se o organismo está carente ou não em algum tipo de oligoelementos e para averiguar predisposições para um determinado tipo de cancro.

Aromaterapia: anunciada como um método de autotratamento utilizado em ligeiras perturbações do estado de saúde, recorre ao auxílio de aromas vegetais extraídos das folhas, flores, cascas, sementes e frutos de plantas e árvores, que poderão também ser de origem sintética. As essências utilizadas para a obtenção dos aromas são conhecidas como óleos essenciais. Para os aromaterapeutas o potencial de energia contido nas plantas pode ser transmitido aos homens, podendo os óleos essenciais ajudar a restaurar o equilíbrio entre o corpo e a mente, através da ajuda que fornecem na mobilização das capacidades de autocura do organismo.

Auriculoterapia: variante da acupuntura auricular, parte do princípio que o corpo humano está representado no pavilhão auricular numa posição agachada e com a cabeça para baixo, semelhante ao que acontece no útero da mãe. Paul Nogier atribui a cada parte do corpo uma determinada posição no pavilhão auricular num total de cento e oito pontos. A auriculoterapia propõe o tratamento de doenças aplicando agulhas nos pontos referidos anteriormente, defendendo que o

estímulo da agulha é transmitido até ao sistema nervoso simpático. Esta técnica ajuda a aliviar dores e perturbações provocadas por fraturas, lesões, doenças reumáticas entre outras. Pode também ser utilizada nalgumas situações de doença mental e dependências. É uma forma de terapia que serve principalmente como apoio a outros tratamentos.

Biofeedback: refere-se à mensagem de retorno dos sinais biológicos. O terapeuta ensina o praticante a trabalhar com o aparelho de *biofeedback* que possui sensores eletrónicos que fazem a medição de valores fisiológicos ligados à respiração, frequência do batimento cardíaco, tensão arterial, tensão muscular, temperatura corporal e ondas cerebrais e transformam estes valores em sinais óticos e acústicos, tornando-os mais fáceis de controlar. Por exemplo, a tensão de um determinado músculo pode ser rapidamente detetada pelo praticante, dando-lhe a possibilidade de relaxar o músculo conscientemente. Esta técnica permite alterar voluntariamente as funções orgânicas em causa, que habitualmente são controladas de modo automático e inconsciente. É utilizado para situações como o combate de cefaleias, enxaquecas, insónias e estados de ansiedade. Existem aparelhos deste género para uso doméstico.

Cinesiologia: Técnica que realiza um teste muscular a partir do qual é possível identificar desequilíbrios físicos, mentais, emocionais, energéticos, psíquicos, estruturais e nutricionais que são depois corrigidos. Baseia-se na ideia de que a energia cósmica circula no organismo e nos pontos de acupuntura situados nos meridianos. Se a energia fluir livremente e estiver em equilíbrio, o órgão examinado é saudável e o músculo correspondente é forte. Desta forma é o próprio organismo a decidir qual o foco que é prioritário tratar e qual a estratégia terapêutica adequada para resolver o problema. O seu paradigma é por isso “o corpo responde”.

Fitoterapia: no início no século XIX provou-se a nível farmacológico que se poderiam obter substâncias terapêuticas a partir das plantas. O desenvolvimento da atual fitoterapia deu-se na entrada do século XX. As plantas medicinais podem ser usadas de diferentes formas. Por exemplo, algumas plantas ou parte destas são colocadas a secar e posteriormente vendidas, existindo outros casos em que a indústria fitofarmacêutica concebe produtos à base de plantas, sendo estas vendidas como os medicamentos de medicina convencional. Uma das formas tradicionais e mais comuns de utilização destas plantas medicinais é através da infusão com água para se beber como um chá, usar-se o extrato como compressa ou inalar o vapor que emana da infusão.

Hidroterapia: método que aplica água cujos efeitos são resultado do contacto com a pele, da pressão da água e dos estímulos da energia, ou seja, com base no frio e no calor. Estes estímulos sob a pele e as articulações são transmitidos para outras áreas do corpo. Neste sentido, o sistema metabólico, circulatório e o imunitário acabam por ser também estimulados.

Hipnoterapia: tem como recurso principal a hipnose. Durante o estado de hipnose, uma forma de vigília denominada *transe*, tanto a função cardíaca como a tensão arterial, circulação,

metabolismo e o sistema vegetativo estão normalizados. Dá-se igualmente uma redução do ritmo respiratório e da atividade intestinal. Por outro lado, a capacidade de assimilação de sugestões, de influências torna-se mais elevada. Estas sugestões poderão induzir pensamentos e ações e ainda influenciar alguns estados físicos. Porém, é impossível "desligar" a vontade do hipnotizado. Nos países europeus esta terapia tem sido utilizada em sessões de psicoterapia, em pré-operatórios, alívio de dores e também na denominada "terapia das vidas passadas".

Iridologia: Conjunto de técnicas que pretendem reconhecer as tendências ou padrões organizacionais do indivíduo através de sinais observados na íris com o objetivo de fazer o diagnóstico de uma determinada doença física ou distúrbio mental. Desta forma é possível identificar muitos desequilíbrios que afetam o corpo humano e fazer a análise de pontos de *stress* e de outros problemas que podem ainda não se ter manifestado sob a forma de sintomas mas que são visíveis através deste tipo de análise.

Massagem: o "toque" é compreendido como uma das terapias de cura mais antigas. Temos uma tendência instintiva para tocar, pressionar ou esfregar uma parte dorida no corpo. Este contacto com o corpo provoca estímulos que fazem o organismo reagir dando-lhe dinamismo para ativar as funções corporais e as suas capacidades de autocura. Existem diversos tipos de massagem como a clássica, a drenagem linfática e a massagem com jato de pressão.

Meditação: parte de uma postura ereta, ou seja, com a coluna vertebral direita, sendo que a posição adotada dos braços e das pernas difere consoante as tradições. O estado de concentração pode ser direcionado para um ponto abaixo do umbigo, uma vela acesa, imagens especiais conhecidas como *yantra*, imagens interiores ou para um *mantra* (um grupo de sílabas que emite um som que visa influenciar as ondas cerebrais). Assume-se assim uma postura ao mesmo tempo descontraída e concentrada, sem ser totalmente confortável. Durante a prática da meditação as percepções sensoriais devem ser desvalorizadas, sendo o objetivo primário relaxar e ficar num estado de vigilância que crie ao mesmo tempo uma determinada distância em relação ao exterior, proporcionando a experiência do "vazio". Este exercício que pode ser realizado em grupo ou individualmente e pretende harmonizar o interior, reforçar a autoconfiança podendo ter como efeito o relaxamento físico e ajudar a prevenir o aparecimento de doenças resultantes do *stress*.

Moxibustão: técnica onde se pretende incidir calor proveniente dos cones de artemísia (que são previamente acendidos) nos pontos de acupuntura e nos meridianos com o intuito de desenvolver uma estimulação terapêutica. É utilizada nos tratamentos de doenças crónicas, de esgotamentos e estados depressivos.

Musicoterapia: terapia que utiliza a música para aumentar ou diminuir a tensão arterial, a tensão dos músculos e a frequência respiratória e cardíaca. Permite também melhorar a atenção e alterar comportamentos de modo construtivo. Baseia-se no princípio de que as melodias podem despertar

emoções profundas e ocultas o que pode facilitar ou ajudar no tratamento de uma determinada doença.

Osteopatia: método terapêutico baseado na crença que as anormalidades e irregularidades que existem na estrutura do corpo humano podem influenciar e por vezes resultar em doenças que são possíveis de ser tratadas e corrigidas por manipulação osteopática repondo o equilíbrio do organismo. As suas técnicas são eficientes no tratamento de múltiplos problemas como: contrações musculares, dores articulares, tendinites, dor de cabeça, dor de costas, dores agudas causadas pelo *stress*, dores crónicas, asma entre outros.

Qigong: A palavra Qigong é composta por duas palavras “Qi” e “Gong”. O significado da primeira palavra *Qi* é força da vida ou energia vital que corresponde à energia que flui através de todo o universo. A segunda palavra *Gong* exprime uma habilidade que é aperfeiçoada através da prática. *Qigong* simboliza assim a arte de aperfeiçoar a energia. Esta é utilizada neste método terapêutico para a manutenção da saúde, cura de doenças e aumento da vitalidade partindo de exercícios de postura, respiração e de atenção. Os movimentos suaves e rítmicos do *Qigong* reduzem o *stress*, melhoram a resistência muscular, e melhoram o sistema imunológico. Estas técnicas são também utilizadas para melhorar o sistema cardiovascular, o sistema respiratório, o sistema linfático e as funções digestivas.

Quiropraxia: tem origem nas palavras gregas *quiros* (mãos) e *praxi* (prática), praticar com as mãos. Desenvolvida pelo canadiano Daniel David Palmer no final do século XIX, o principal objetivo consiste na identificação de desalinhamentos na coluna vertebral, designadas subluxações, que prejudicam a comunicação do sistema nervoso central com os outros órgãos. Pretende assim remover lesões com recurso a ajustamentos (ações de impulsão aplicadas com as mãos), exercícios de reabilitação, conselhos sobre os estilos de vida ou alimentação.

Reflexologia: William Fitzgerald (1872-1942) em 1913 desenvolveu a chamada *terapia por zonas* que divide o corpo em dez partes. De acordo com Fitzgerald, ao exercer-se pressão num dos dez pontos do corpo estar-se-ia a agir sobre os órgãos interiores dessa zona. Na década de 30, Eunice Ingham aprofundou um pouco mais este conceito. No entanto, concentrou-se apenas na área dos pés. Através do princípio *pars pro toto* (a parte pelo todo) defende-se que todo o corpo está representado no pé (reflexologia podal). Alterações de pele visíveis numa determinada zona da planta do pé, ou a sensação de dor perante a pressão de pontos específicos, poderão ser indício que um órgão correspondente a esta área está doente. Estimulando a circulação sanguínea, a massagem procura remover os resíduos metabólicos que interferem numa certa zona. Presentemente, a massagem das zonas reflexas também se aplica, por exemplo, na cabeça, mãos e orelhas. Porém a massagem na planta dos pés continua a ser a mais usual. Outras correntes de reflexologia apoiam-se na ideia de que todo o corpo pode ser influenciado por uma das suas partes.

Reiki: palavra japonesa que significa “energia divina”. Esta prática desenvolve-se através de uma energia vital que envolve todo o Universo e que é transmitida pela imposição das mãos do terapeuta junto ao corpo da pessoa, procurando alcançar um efeito curativo nas zonas onde o fluxo energético se encontra com bloqueios. Estes bloqueios representam disfunções e dores, *stress* e diversos problemas mentais. O reiki pode ser utilizado como um tratamento contudo é mais frequentemente aconselhado como apoio a outros tratamentos.

Relaxamento: As técnicas de relaxamento são muito utilizadas para a diminuição da ansiedade, dos bloqueios interiores e de perturbações que possam estar associadas a estas problemáticas. Os exercícios de relaxamento ajudam a descontraír os músculos voluntários e os vasos capilares, são muitas vezes utilizados no controlo da dor e promovem o equilíbrio e bem-estar do corpo. O relaxamento ajuda a dormir melhor, aumenta a capacidade de concentração e memória e confere serenidade no confronto com o *stress* diário.

Shiatsu: é uma massagem de pressão. Os terapeutas através do uso da ponta dos dedos e, nalguns casos as unhas, bem como os cotovelos e os pés sobre o corpo do indivíduo, nomeadamente sobre os pontos onde a acupuntura aplica, sobre os meridianos e nas zonas onde existe dor. Segundo esta terapia, o *stress*, a debilitação, os excessos entre outras situações trazem impedimentos à fluidez normal da energia vital. Este género de massagem tem como objetivo eliminar os bloqueios, restaurando o fluxo normal da energia.

Tai chi: este método terapêutico foi desenvolvido na China antiga. Começou inicialmente como uma arte marcial e como meio de defesa pessoal mas com o passar do tempo as pessoas começaram a utiliza-lo para o bem-estar da saúde. Proveniente do termo “*taichi chuan*”, por vezes é referido como uma “meditação em movimento” na qual os praticantes, sozinhos ou em grupo, movimentam os seus corpos de forma lenta, gentil, consciente e focada enquanto respiram profundamente, mantêm uma boa postura física e põem de lado os pensamentos. Esta terapia tem inerentes os conceitos chineses relacionados com as forças opostas dentro do corpo e a energia vital ou força da vida. Assim, a prática do Tai Chi é vista como um suporte para o equilíbrio da saúde do *yin* e do *yang*, o que contribui para fluir o *chi* (energia vital).

Terapia da Aura: Segundo os defensores desta terapia, todos os seres vivos possuem uma “aura vital” que os envolve. Esta aura é descrita como um campo de energia que varia o seu aspeto conforme a vitalidade da pessoa que envolve. Em caso de doença a forma e a cor da aura são adulteradas permitindo o diagnóstico. Esta técnica é utilizada para perturbações, fadiga, ansiedade, insónias, dores menstruais entre outras.

Terapia pela Dança: A dança ajuda os pacientes a tomar consciência e a libertar-se de problemas psicológicos, ultrapassando bloqueios físicos e aprofundando a sua integração física e emocional. Melhora os processos de mudança comportamental e de funcionamento físico, cognitivo e

emocional. É utilizada em problemas psicológicos, em deficiências, doenças psicossomáticas, neuroses, entre outras.

Terapia da Respiração: o objetivo da terapia de respiração é melhorar o fornecimento de oxigênio ao organismo através de uma respiração calma e regular, para que seja possível recuperar uma postura correta que ajudará a resolver as disfunções orgânicas e as dificuldades de tipo psicológico. É recomendada como auxílio ao tratamento de doenças respiratórias, após intervenções cirúrgicas de alguma gravidade e como preparação para o parto. As técnicas de respiração permitem ainda controlar emoções como o *stress* e a ansiedade e são utilizadas para atenuar ligeiras perturbações psicológicas.

Yoga: concentrando-se na mente, nas suas qualidades e em como as podemos influenciar, o yoga é muitas vezes descrito como a capacidade de direcionar a mente sem distração ou interrupção cessando todas as flutuações da mente. Neste método terapêutico existem oito etapas de progressão pelas quais os seus praticantes terão que passar e dominar para atingir um estado de verdadeira paz e bem-estar; os dois primeiros níveis referem-se à relação do Homem consigo e com os que o rodeiam, os dois níveis seguintes são constituídos por exercícios respiratórios e físicos, os níveis de cinco a sete potenciam as capacidades de abstração e concertação interior através da meditação e o nível oito constitui o objetivo máximo do yoga: a reunião ou a unidade entre a consciência limitada, individual e a consciência absoluta para alcançar a felicidade e a paz interior.

Bibliografia

Proteste. (2001). *Terapias Complementares e Alternativas- Utilidades e Riscos*. 1ª Edição. Lisboa: Edideco.

Bibliografia Web

American Botanical Council (2015). *Terminology*. Consultado em 24/07/15 a partir de <http://abc.herbalgram.org/site/PageServer?pagename=Terminology>

Associação Portuguesa de Iridologia (2015). *Iridologia/ Microsemiotica Oftálmica*. Consultado em 24/07/15 a partir de <http://www.api.pt/>

Associação Portuguesa de Medicina Tradicional Tibetana (2015). *Cursos- Introdução*. Consultado em 24/07/15 a partir de <https://www.medicinatibetana.pt/cursos>

Federação Portuguesa de Yoga (2015). *História do Yoga*. Consultado em 24/05/15 a partir de http://www.fpyoga.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=163&lang=pt

IPN-Instituto Português de Naturologia (2015). *Curso de Kinesiologia*. Consultado em 24/07/15 a partir de <http://www.ipnaturologia.com/curso-de-kinesiologia.html>

NQA- Nacional Qigong Association (2015). *What is Qigong?*. Consultado em 24/07/15 a partir de <http://nqa.org/resources/what-is-qigong/>

Osteopatia em Portugal (2015). *A prática osteopática*. Consultado em 24/07/15 a partir de <http://www.osteopatiaemportugal.com.pt/pt/a-pratica-osteopatica>